

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



PATOLOGIA BORDERLINE: REPRESENTAÇÕES RELACIONAIS E  
VULNERABILIDADES DO SELF

Ana Sofia de Medina Silva

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA  
Psicologia Clínica

2014



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



PATOLOGIA BORDERLINE: REPRESENTAÇÕES RELACIONAIS E  
VULNERABILIDADES DO SELF

Ana Sofia de Medina Silva

Tese orientada pelo Prof. Doutor Manuel Pires Matos,  
especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia  
(Psicologia Clínica)

2014



*Dedicado a G. G...*

*... com o coração cheio de gratidão pela presença  
capaz de transformar a minha fraqueza em força!*



## AGRADECIMENTOS

*Começo por expressar a minha gratidão ao Professor Manuel Matos, meu orientador e referência principal neste caminho de amadurecer como psicóloga e docente, no qual o Doutoramento é apenas mais um passo. A este Professor devo os exemplos do que é fazer muito boa terapia e do que é formar a sério novos psicólogos, na radicalidade libertadora do pensamento e na profundidade de um estar inteiro ao serviço da relação e da vida mental. Um reconhecido obrigada pela confiança e pela generosidade da sua presença e partilha, nestes anos de trabalho conjunto!*

*Um obrigada enternecido também ao Professor António Coimbra de Matos por me acompanhar desde sempre como supervisor, com uma sabedoria inspiradora, numa relação de qualidade marcante que me ajuda a ir mais além!*

*Um agradecimento à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, dirigido aos Docentes que fazem parte do meu dia-a-dia e da minha formação de base, com um reconhecimento grande pelo que me ensinaram, pelas ajudas que disponibilizaram, pela paciência e amizade com que esperaram por mim e pelo voto de confiança no meu trabalho. Um obrigada particular também ao Professor António Branco Vasco pela dedicação amiga com que sempre me motivou para realizar o Doutoramento.*

*Agradeço a todos os pacientes que generosamente colaboraram neste estudo, porque sem eles, nada disto faria sentido. Agradeço também a todos os outros que, no segredo das sessões, me fazem sentir que o ser humano é magnífico e que ser psicóloga é uma missão de vida apaixonante. Uma gratidão especial para Aquela que me permite experimentar esse desafio num papel diferente, sempre com tanto afecto e paciência.*

*A todos os colegas e respectivas Instituições, obrigada pela muito generosa colaboração, mesmo em épocas tão atarefadas e conturbadas dos Serviços e do País,*

*numa dedicação e amizade que merece ser por todos reconhecida. Sem essa ajuda o trabalho de campo nunca teria sido possível! Dra. Alexandra Fonseca em nome do Hospital de Santa Maria, Dra. Maria João Carnot e Dra. Susana Oliveira em nome do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, sem deixar de sublinhar com um carinho muito especial a Dra. Noélia Canudo e sua equipa em Odivelas, Dra. Rita Costa em nome da Clínica Psiquiátrica de S. José em Telheiras, Dra. Ana Marques Lito em nome do CAT de Loures, aos colegas do Instituto de Psicologia das Relações Humanas, em especial aos que me ajudaram directamente na recolha de dados e no encaminhar de pacientes, em particular à Dra. Rita Rodrigues e Dr. Filipe Albuquerque, ao Dr. Luís Rosário em nome do Centro de Saúde de Vila Viçosa, aos colegas a exercer Clínica Privada, a todos... o meu obrigada!*

*Ao Dr. Matthias Limberger, o meu obrigada pelo estímulo e pelas conversas sobre a BSL23. Uma palavra de agradecimento também ao Dr. José Pereira, pela revisão estatística do Estudo 2 e pelo seu empenho em esclarecer as minhas dúvidas nos modelos de regressão.*

*Ao Nuno Conceição, colega e amigo, a minha gratidão pelo exemplo de excelente investigador que é, pelo apoio que me proporcionou através das suas alunas Pamela e Andreia, pelos gestos de afecto, pelas palavras de motivação e pela companhia na vida de Faculdade.*

*Ao Salvador Olazabal, por me inspirar com seu genuíno interesse no tema, um obrigada e um sorriso cúmplice!*

*À Maria João Santos, a minha gratidão pela presença de amizade em tantos momentos relevantes e pela disponibilidade de ter guardado tempo para ler este trabalho.*



*À Vanessa Santos e ao Luís Rosário, na alegria de poder continuar a presenciar o seu percurso de crescimento e a testemunhar a imensa generosidade e disponibilidade dos seus gestos... muito obrigada por estarem perto!*

*Agradeço aos meus alunos, estagiários e supervisandos, porque nada me motivou mais para a realização do Doutoramento do que a esperança de poder continuar dedicada à docência, cada vez com mais energia e empenho.*

*Obrigada à amiga Marta Alves que partiu no entretanto, deixando-nos uma coragem renovada e a lembrança de uma vida de sorrisos!*

*À minha madrinha, aos pequeninos de Castelo Branco, aos colegas ASAS e aos músicos... obrigada pela alegria e entusiasmo contagiantes!*

*A todos os que têm um lugar muito especial no meu coração e que viram os tempos de partilha e de serenidade “roubados” por este trabalho, o meu comovido obrigada pela paciência, pela imensa ternura com que foram estando comigo e pela aceitação desta contingência da minha vida profissional.*

*E a Ti... por tudo!*



*"Tout reste en l'état, en suspense.*

*Avant l'amour, il n'y a rien.*

*Après l'amour, il y a tout.*

*On est là, juste dans le passage.*

*Cela peut durer.*

*Cela n'a pas de nom."*

(Christian Bobin, *L'Echantement simple*, 1986)



## RESUMO

Reconhecendo a patologia *borderline* como um quadro clínico actual, complexo e exigente, procurou-se caracterizar a sua especificidade e heterogeneidade, numa conceptualização psicodinâmica, articulada com estudos empíricos e dimensões psicoterapêuticas.

O objectivo central deste estudo foi compreender, no funcionamento *borderline*, a relação específica entre a qualidade das representações relacionais (Westen et al., 1990) e uma dupla vulnerabilidade do Self à angústia (Green, 1990), derivada das ameaças de intrusão e de abandono suscitadas na regulação da proximidade relacional (Dagnan et al., 2002).

Foram realizados três estudos empíricos com objectivos complementares. O Estudo 1, psicométrico (N=156), permitiu a criação de uma escala de avaliação de angústias dominantes e a adaptação de três instrumentos de medida. Foram obtidos bons resultados de consistência interna e validade, e as estruturas factoriais apoiaram as teóricas subjacentes.

O Estudo 2, quantitativo (N=116), visou a comparação de três grupos: *borderline*, depressão e não-clínico. Os resultados traduziram um maior sofrimento psicológico, maior severidade sintomatológica, mais comportamentos disruptivos e níveis de angústia mais intensos, no grupo *borderline*. Estes pacientes revelaram um Self mais vulnerável às ameaças de intrusão e de abandono, e um mundo de representações relacionais comprometidas por maior uso da clivagem, com menos aspectos positivos.

O Estudo 3, qualitativo (N=130), permitiu conhecer as representações relacionais precoces. No grupo *borderline*, as representações relacionais incluíam aspectos mais graves de violência física e psicológica e menos aspectos de segurança e calor emocional. As representações do Self envolvidas nesses episódios relacionais incluíam mais frequentemente aspectos de vulnerabilidade à intrusão.

As implicações clínicas e aspectos psicoterapêuticos foram apontados como objectivo principal em futuras investigações.

*Palavras-chave:* Patologia *Borderline*; Vulnerabilidade do Self; Angústia de intrusão e de abandono; Representações Relacionais; Clivagem



## ABSTRACT

Acknowledging borderline pathology as a current, complex and demanding clinical profile, this research seeks to characterise its specificity and heterogeneity. The main focus of this study is to understand, in borderline functioning, the specific relationship between the quality of relational representations (Westen et al., 1990) and a two-fold vulnerability of the Self towards anguish (Green, 1990). Such vulnerability derives from threats of intrusion and abandonment, activated in the context of the regulation of relational proximity (Dagnan et al., 2002).

Three empirical studies were conducted with complementary purposes. Study 1, of a psychometric nature (N=156), has led to the creation of an assessment scale of *perceived dominant anxieties*, as well as the adaptation of three self-report assessment scales. Good internal consistency and validity results and factorial structures also supported the underlying theories.

Study 2, of a quantitative nature (N=116), aimed at comparing three groups: borderline, depression and non-clinical. In comparison to the other two groups, the results of the borderline group showed a larger degree of psychological suffering, with deeper symptom severity in the depressive and borderline spectrum, more disruptive behavior and higher levels of anxiety. These patients also revealed a Self more vulnerable to threats of intrusion and abandonment, as well as an universe of relational representations compromised by a more frequent use of splitting, showing less positive, nurturing and warm aspects.

Study 3, of a qualitative nature (N=130), has allowed to understand the relational representations connected to childhood experiences. The results revealed that the universe of relational representations of the borderline group was qualitatively distinct from the comparative groups: their representations were predominantly negative, including more serious aspects of physical and psychological violence and fewer aspects of emotional safety and warmth. Their Self representations presented in the relational episodes included more often aspects of vulnerability to intrusion.

Relational representations and the vulnerability of the Self towards intrusion and abandonment anxieties proved to be relevant dimensions in understanding borderline functioning.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder; Vulnerability of the Self; Intrusion and Abandonment Anxieties, Relational Representation; Splitting





## ÍNDICE GERAL

Índice de Quadros	xvi
Índice de Figuras	xix
I. INTRODUÇÃO	1
II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
Capítulo 1. O paciente borderline: do diagnóstico à experiência terapêutica	11
Capítulo 2. Gênese da patologia borderline: das experiências traumáticas e do insuficiente apoio da organização intrapsíquica	33
Capítulo 3. Representações relacionais: dificuldades de mentalização e instabilidade objectal	51
Capítulo 4. Sistema defensivo: a centralidade da clivagem e as passagens ao acto	73
Capítulo 5. Vulnerabilidade do Self: angústia de intrusão e angústia de abandono	87
Capítulo 6. Linhas de investigação empírica: enquadramento dos objectivos de estudo	109
III. ESTUDOS EMPÍRICOS	
Capítulo 7. Estudo 1 - Diagnóstico da Patologia Borderline, Vulnerabilidades do Self e Angústias Dominantes Percebidas - Instrumentos de Medida	125
7. 1 - Participantes	126
7. 2 - Instrumentos desenvolvidos no Estudo 1	132
7. 3 - Procedimento	138
7. 4 - Procedimentos estatísticos	139
7. 5 - Resultados do Estudo 1	140
7.5.1 - Medidas de diagnóstico da Patologia Borderline	140

7.5.2 - Medidas de vulnerabilidade do Self à angústia	142
7. 6 - Discussão dos resultados do Estudo 1	149
Capítulo 8. Estudo 2 - Vulnerabilidades do Self, representações relacionais e clivagem no paciente borderline - Comparação de grupos	153
8. 1 - Participantes	154
8. 2 - Instrumentos	162
8. 3 - Procedimento	166
8. 4 - Procedimentos estatísticos	167
8. 5 - Resultados do Estudo 2	169
8.5.1 - Representações relacionais de afecto e segurança	169
8.5.2 - Clivagem	170
8.5.3 - Vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono	171
8.5.4 - Angústias dominantes percebidas	172
8.5.5 - Expressão sintomática	175
8.5.6 - Influência das variáveis sociodemográficas nas variáveis nucleares e nos níveis de sintomatologia	178
8.5.7- Relação entre Representações relacionais, Vulnerabilidades do Self, Angústias dominantes percebidas e Clivagem	181
8.5.8 - Vulnerabilidade do Self à intrusão vs Vulnerabilidade do Self ao abandono	190
8.5.9 - Variáveis nucleares e sintomatologia	192
8. 6 - Discussão dos resultados do Estudo 2	193
Capítulo 9. Estudo 3 - Representações relacionais e vulnerabilidades do Self – Abordagem qualitativa de episódios de infância	209
9. 1 - Participantes	211

9. 2 - Procedimento	212
9. 3 - Procedimentos de análise	212
9. 4 - Resultados do Estudo 3	213
9.4.1 - Tonalidade emocional dos episódios relacionais com o cuidador	220
9.4.2 - Dimensões da <i>representação afectiva da relação com o cuidador</i>	221
9.4.3 - Dimensões da <i>qualidade da experiência emocional associada ao Self</i>	223
9. 5 - Discussão dos resultados do Estudo 3	224
IV. CONCLUSÕES E LINHAS DE TRABALHO FUTURO	227
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	251
VI. ANEXOS	
Anexo A - Apresentação do Projecto	289
Anexo B - Consentimento Informado	291
Anexo C - Caderno do Participante	293
Anexo D - Caderno do Investigador	303

## Índice de Quadros

Quadro 1. Caracterização dos participantes do Estudo 1 - grupo 1 - Depressão	127
Quadro 2. Caracterização dos participantes do Estudo 1 - grupo 2 - Borderline	128
Quadro 3. Caracterização dos participantes do Estudo 1 - grupo 3 - Não-clínico	129
Quadro 4. Comparação da situação clínica dos pacientes do Estudo 1 (Depressão vs Borderline)	131
Quadro 5. Valores da <i>MSI-BPD</i> no Estudo 1	140
Quadro 6. Valores da <i>BSL23</i> no Estudo 1	141
Quadro 7. Valores da <i>SOS</i> no Estudo 1	143
Quadro 8. Valores da <i>EADP</i> e sub-escalas teóricas no Estudo 1	144
Quadro 9. <i>EADP</i> - Correlações item-total e item-total de sub-escala (dimensões teóricas)	145
Quadro 10. <i>EADP</i> - Correlações item-total e item-total de sub-escala (dimensões empíricas)	146
Quadro 11. Valores da <i>EADP</i> e sub-escalas empíricas no Estudo 1	147
Quadro 12. Correlações entre os valores da <i>EADP</i> e <i>SOS</i>	148
Quadro 13. Caracterização dos participantes do Estudo 2 - grupo 1 - Depressão	156
Quadro 14. Caracterização dos participantes do Estudo 2 - grupo 2 - Borderline	157
Quadro 15. Caracterização dos participantes do Estudo 2 - grupo 3 - Não-clínico	158
Quadro 16. Comparação da situação clínica dos pacientes do Estudo 2 (Depressão vs Borderline)	161
Quadro 17. Representações relacionais de afecto e segurança: comparação de grupos	169
Quadro 18. Clivagem total, relativa ao Self, à Família e ao Outro: comparação de grupos	170
Quadro 19. Vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono: comparação de grupos	171
Quadro 20. Angústias dominantes percebidas: comparação de grupos	172
Quadro 21. Sintomatologia depressiva: comparação de grupos	175
Quadro 22. Sintomatologia borderline: comparação de grupos	175
Quadro 23. Variáveis sociodemográficas preditoras da vulnerabilidade do Self (grupo Borderline)	178
Quadro 24. Variáveis sociodemográficas preditoras da angústia dominantes (grupo Não-clínico)	179

Quadro 25. Variáveis sociodemográficas preditoras da vulnerabilidade do Self à intrusão (grupo Borderline)	180
Quadro 26. Variáveis sociodemográficas preditoras da vulnerabilidade do Self (grupo Não-clínico)	180
Quadro 27. Correlações entre representações relacionais, vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono, angústias dominantes e clivagem – Estudo 2	181
Quadro 28. Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores do nível de vulnerabilidade do Self (grupo Depressão)	183
Quadro 29. Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores do nível de vulnerabilidade do Self (grupo Borderline)	184
Quadro 30. Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores da vulnerabilidade do Self à intrusão (grupo Depressão)	185
Quadro 31. Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores do nível de vulnerabilidade do Self (grupo Borderline)	185
Quadro 32. Correlações entre vulnerabilidade do Self e clivagem (grupo Depressão)	186
Quadro 33. Correlações entre vulnerabilidade do Self e clivagem (grupo Borderline)	187
Quadro 34. Correlações entre vulnerabilidade do Self e clivagem (grupo Não-clínico)	187
Quadro 35. Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores do nível de angústia dominante (grupo Borderline)	188
Quadro 36. Correlações entre tipos de angústia dominante e clivagem (grupo Depressão)	189
Quadro 37. Correlações entre tipos de angústia dominante e clivagem (grupo Borderline)	189
Quadro 38. Correlações entre tipos de angústia dominante e clivagem (grupo Não-clínico)	190
Quadro 39. Vulnerabilidade do Self à intrusão vs vulnerabilidade do Self ao abandono	191
Quadro 40. Correlações entre representações relacionais, vulnerabilidade do Self, angústias dominantes, clivagem, sintomatologia depressiva e borderline	192
Quadro 41. Exemplos de episódios relacionais de infância (grupo Depressão)	214
Quadro 42. Exemplos de episódios relacionais de infância (grupo Borderline)	215
Quadro 43. Exemplos de episódios relacionais de infância (grupo Não-clínico)	216
Quadro 44. Grelha de categorização dos episódios relacionais de infância (grupo Depressão)	217

Quadro 45. Grelha de categorização dos episódios relacionais de infância (grupo Borderline)	218
Quadro 46. Grelha de categorização dos episódios relacionais de infância (grupo Não-clínico)	219

## Índice de Figuras

<i>Figura 1. Género dos participantes dos três grupos do Estudo 1</i>	130
<i>Figura 2. Idade dos participantes dos três grupos do Estudo 1</i>	130
<i>Figura 3. Escolaridade dos participantes dos três grupos do Estudo 1</i>	131
<i>Figura 4. Género dos participantes dos três grupos do Estudo 2</i>	159
<i>Figura 5. Idade dos participantes dos três grupos do Estudo 2</i>	160
<i>Figura 6. Escolaridade dos participantes dos três grupos do Estudo 2</i>	160
<i>Figura 7. Representações relacionais, clivagem, vulnerabilidade à intrusão, vulnerabilidade ao abandono e nível de angústia dominante – comparação de grupos</i>	174
<i>Figura 8. Sintomatologia depressiva e borderline - comparação de grupos</i>	177
<i>Figura 9. Evocação de afectos positivos nos episódios relacionais envolvendo a figura do cuidador (frequências relativas)</i>	220
<i>Figura 10. Evocação de episódios relacionais que terminam com afecto negativo, ou sem resolução (frequências relativas)</i>	220
<i>Figura 11. Comparação dos 3 grupos quanto às dimensões emergentes na representação afectiva da relação com o cuidador</i>	222
<i>Figura 12. Comparação dos três grupos quanto à qualidade da experiência emocional associada ao Self (frequências relativas)</i>	223





## INTRODUÇÃO

---



A investigação científica acontece num contexto histórico e num tempo particular do percurso de vida de quem a realiza. Escrevemos este trabalho numa época em que a palavra que mais domina é “crise”, em que as queixas de vazio, de falta de perspectiva, de frustração das aspirações individuais, de fragilidade de vínculos, de desesperança e de incapacidade de definição da vida pessoal, parecem ser tão intensas fora, como dentro do gabinete de consulta; tão pertinentes na análise filosófica e sociológica do contexto europeu, quanto relevantes na abordagem intrapsíquica dos pacientes da actualidade.

Permitamos que o nosso olhar de análise se mova, neste primeiro momento, entre a realidade social e psicológica, entre o interpessoal e o intrapsíquico, entre o fora e o dentro, o antigo e o novo, como fazemos em sessão com o paciente borderline, na procura da compreensão do seu sofrimento.

Numa sociedade pós-moderna, em que as grandes ideologias parecem ter dado lugar à pluralidade das escolhas e ao relativismo das opiniões e gostos pessoais (Lyotard, 1987), onde impera o provisório, o efémero e o descartável (Lypovetsky, 1989), esbatendo as estruturas referenciais da família, do trabalho, da política e da religião, onde as linguagens imagéticas globais fazem a apoteose do individualismo (Lasch, 1979) e onde uma intimidade líquida espelha a fragilidade do enraizamento dos laços humanos (Bauman, 2003), podemos perguntar-nos se o sofrimento psicológico também mudou e se nos deparamos com diferentes organizações e modos de expressão psicopatológica a exigir a adaptação das respostas terapêuticas.

Trazemos ainda uma herança próxima de valores tradicionais relativos a um certo rumo de vida pessoal: a ideia de uma identidade mais ou menos amparada numa referência estruturante de família de origem, numa pertença a uma pátria e a uma língua, num trajecto vocacional com alguma coerência entre estudos e exercício profissional, na

constituição durável de laços amorosos, em valores orientadores da educação dos filhos e na manutenção de grupos de pertença. Mas a actualidade estrutura-se com uma diferente lógica e surpreende com novas linguagens, onde a intensidade e a velocidade de mudança parecem pôr em evidência uma dupla possibilidade: de criatividade e realização individual livre vs perda de sentido de si, com apatia ou indiferença alienante.

Trata-se de uma dupla possibilidade da crise, como momento decisivo de opção entre progresso e regressão, entre integração e sujeição, onde se testam e reorganizam as forças desenvolvidas anteriormente (Erikson, 1986/1964), encerrando em si mesma um potencial de mudança evolutiva. Por um lado, a curiosidade incessante, sem bússola orientadora, pode representar um salto para lugar nenhum, uma experiência de vazio anestesiado com substâncias e bens, o auto-apaziguamento imaturo do *zapping* televisivo como chupeta, a inquietude do movimento para escapar ao aborrecimento e aos sentimentos depressivos, e a procura da multidão para iludir a dupla dificuldade, de estar só e de estar em intimidade com o outro (Rojas, 1994). Por outro lado, o cessar do que é antigo dá espaço a novos territórios da experiência e a sistemas mais salutareos do que os apegos defensivos e receosos ao passado (Coimbra de Matos, 2002).

Para Lypovetsky (1989), os sintomas neuróticos que foram a linguagem dominante do sofrimento psíquico num contexto autoritário e puritano, deram lugar a desordens narcísicas e perturbações vagas e difusas, numa sociedade permissiva onde a diluição de pontos de referência estáveis traz o confronto com o vazio.

Chabert, Brusset e Brelet-Foulard (1999) referem que as queixas dos pacientes mudaram. Surge uma grande ênfase nas questões relacionais do paciente consigo mesmo e com os outros, em quadros clínicos onde a depressão evoca sentimentos de falha e de vazio intensos, acompanhados por comportamentos auto-destrutivos e somatizações. A instabilidade, a desregulação emocional e a externalização pela acção,

em substituição do pensamento, características do funcionamento borderline, aparecem como elementos dominantes nos casos clínicos da actualidade.

Blaya Luz, da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, que esteve no dia 8 de Fevereiro de 2014 em Lisboa a dirigir um workshop intitulado: “O tratamento psicanalítico nos distúrbios borderline - Aspectos técnicos”, defende que, apesar do sofrimento adquirir novas formas de expressão, ele é em essência o mesmo na medida em que o ser humano continua vulnerável a desenvolver psicoses, neuroses e perturbações de personalidade, mas distinto no que exige da resposta analítica. Os pacientes precisam de um trabalho diferente do clássico, que se focava no tornar consciente o inconsciente diminuindo a repressão, pois requerem auxílio para desenvolver um aparelho psíquico capaz de simbolizar e de sonhar (Ogden, 2010).

Vivemos num tempo em que a construção da identidade não quer pagar o preço que o pensar exige e constrói-se na direcção oposta, na direcção do não pensar e do desmanchar dos limites do tempo, do espaço, da relação e do sofrimento, dificultando a elaboração da ausência, da distância, da espera, da frustração e da saudade. De alma marcada pelo desamparo e com um psiquismo que diferencia mal a realidade externa da interna, o paciente borderline precisa de ajuda para elaborar as suas ferramentas para sonhar as dores do existir (Luz, 2010).

Estellon (2010) aponta a instabilidade e impaciência, tão características dos pacientes borderline, como marcas da temporalidade social, mas também como códigos da comunicação familiar actual: sem espera, sem confiança no invisível, sem espaço para o segredo e para o fantasma, sem tempo para a elaboração da palavra e do símbolo, sem permanência na continuidade no vínculo. Uma família de estrutura diluída e desconstruída, sem força do laço de casal, com ausência da figura paterna, com erosão das normas e com imaturidade parental, onde os pais infantilizados requerem um amor

incondicional dos seus filhos, em inversão de papéis, privando-os do amor oblato e impedindo-os construir limites estruturantes da sua vida mental. Quase poderíamos ver gerações de adolescências atrás de adolescências, sem nunca alcançar a maturidade, sempre a braços com os mesmos dilemas de autonomização e subjectivação, de superação do desamparo e dependência relacional, da construção de uma suficiente valorização narcísica e de uma sempre inacabada procura de si. Os dilemas do paciente *borderline* parecem os desta adolescência interminável e amplificada.

A relevância do estudo da patologia *borderline* pode ser justificada pela sua actualidade e prevalência: entre 1 e 4% da população geral e 10 a 15% da população de pacientes de consulta externa, bem como 20% dos pacientes em internamento apresentam este diagnóstico (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006); pelo risco em que estes pacientes se colocam a vários níveis: risco de vida (taxas de suicídio entre 8 e 10%, segundo Clarkin et al., 2006, e Gardner & Cowdry, 1985) e risco social pela sua impulsividade, desorganização profissional, familiar (Skodol, Gunderson, McGlashan, Dyck, Stout, Bender et al., 2002) e consumos (Widiger & Weissman, 1991; Zanarini, Frankenburg, DeLuca, Hennen, Khera, & Gunderson, 1998); pelas taxas de comorbilidade com outras patologias psiquiátricas (Zanarini et al., 1998), o que remete para a sua maior vulnerabilidade a questões orgânicas e a acontecimentos externos, nomeadamente interpessoais; pelas marcadas dificuldades de adesão ao tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico, e pelas taxas de *burnout* do terapeuta que se associam ao trabalho com estes pacientes.

Os pacientes *borderline* recorrem aos serviços de modo errático e descontinuado, cooperam pouco na terapia e na adesão à medicação e a sua instabilidade e impulsividade geram novas dificuldades terapêuticas, bem como movimentos contratransferenciais difíceis de gerir. Estes pacientes têm taxas de recidiva

significativas, constituindo 40% dos pacientes que voltam sucessivamente aos serviços hospitalares (Clarkin et al., 2006).

Com a mesma centralidade dos pacientes neuróticos na época de Freud vemos agora os pacientes borderline a requerem o foco das atenções da investigação em psicologia clínica (Chabert et al., 1999). O Édipo deu lugar ao Hamlet (Green, 1990), ou seja o paciente que nos trazia a questão da culpa, do conflito e do ciúme, num palco triangular de relação, dá agora lugar ao paciente que enuncia a questão da fragilidade do ser, da falha, do vazio interior e do ressentimento, em lógicas de relação dual. Entre a neurose e a psicose, estes pacientes obrigam-nos a mover em terreno novo (Gammelgaard, 2010), quer na conceptualização teórica, quer no equacionar das respostas psicoterapêuticas adequadas.

É este o desafio de estudar a patologia borderline numa linha de investigação de base psicodinâmica. Obriga-nos a ir além das categorias clássicas de diagnóstico, a interrogar a compreensão do paciente num *continuum* onde há plasticidade das fronteiras do funcionamento psicótico e neurótico, leva-nos a transcender as dicotomias clássicas: consciente/ inconsciente, manifesto/ latente, processo primário/ secundário, prazer/ desprazer, sexualidade/ agressividade, caminhando para macrovariáveis integradoras e para um paradigma intersubjectivo da intervenção analítica.

A publicação do *Psychodynamic Diagnostic Manual* pela PDM Task Force (2006) resultou do trabalho conjunto da *American Psychoanalytic Association*, *International Psychoanalytic Association*, *American Psychological Association (Division of Psychoanalysis-39)*, *American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* e *National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work*, num esforço colectivo de pensar uma integração conceptual, com utilidade em termos de diagnóstico e intervenção clínica, de referência psicodinâmica.

Torna-se pertinente cada vez mais a tentativa de operacionalizar critérios de diagnóstico e de compreensão clínica com valor integrativo, fundamentados empiricamente, como tem vindo a ser feito pela PDM *Task Force* e por estudos individuais de diversos autores como: Blatt, Bateman, Fonagy, McWilliams, Kernberg, entre muitos outros, caracterizando o funcionamento mental com base em variáveis como: auto-regulação, construção e manutenção de relações significativas, expressão e tolerância afectiva, acesso a representações internas e nível de integração e diferenciação dessas mesmas representações, uso de defesas e capacidade de resiliência, capacidade de observação da vida mental do próprio e de outro, e formação de um sistema interno de referências e valores morais.

Nas abordagens psicodinâmicas, o sofrimento psicológico é entendido em relação directa com as vicissitudes de um desenvolvimento comprometido ao nível da relação interna entre Self e objecto (Fairbairn, 1994/1952), onde o que fica por construir, por diferenciar e ligar, limita a integração psíquica (Kohut, 1984) e a adaptação à realidade (Hartmann, 1958), o que nos leva a considerar o potencial heurístico do estudo da patologia borderline para a compreensão dos mecanismos estruturantes que possibilitam a evolução diferenciada para organizações mais arcaicas e severas (psicóticas), ou mais tardias e moderadas (neuróticas).

A patologia borderline, na sua complexidade e actualidade, implica reconsiderar os modelos clássicos (Green, 1990) e equacionar a possibilidade de integração teórica e clínica adentro dos diferentes modelos psicodinâmicos. É, por isso, um campo de investigação propício à descoberta de novas formas de entender a patologia no seu *continuum* entre formas mais e menos graves (McWilliams, 2005/1994), na relação entre o intrapsíquico e interpessoal (Blatt, 2004), entre corpo e mente (psiquização referida por Golse, 2002, ou mentalização referida por Fonagy, 1991), entre aspectos



estruturais e funcionais (Chabert et al., 1999), bem como de conceber alternativas na intervenção terapêutica eficaz (Bateman & Fonagy, 2006).

Reconhecendo a necessidade de articular a investigação com a intervenção terapêutica nesta área, a *European Society for the Study of Personality Disorders*, tem organizado, de dois em dois anos, o “*International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders*”, o primeiro realizado em 2010 em Berlim, o segundo em 2012 em Amsterdão e o deste ano em Roma, reunindo investigadores internacionais como: Bateman, Fonagy, Linehan, Bohus, Cohen-Kadosh, Philipsen, entre outros.

Nestes congressos têm sido debatidas as questões do diagnóstico e sistemas de classificação, os aspectos desenvolvimentistas e etiopatogénicos, com o alerta partilhado da importância da detecção e intervenção precoce para impedir maior cronicidade e gravidade da patologia, e a validade empírica de quatro abordagens psicoterapêuticas específicas para a intervenção com pacientes borderline: *Transference-focused Psychotherapy* (de Kernberg, Clarkin e Yeomans), *Mentalization Based Treatment* (de Bateman e Fonagy), *Dialectical Behavioral Therapy* (de Linehan) e *Schema Therapy* (de Young), cuja discussão aponta para intervenções que tentam ter em conta não apenas a diminuição de sintomas e remissão do quadro psicopatológico, mas também um impacto positivo na capacidade de estabelecer relações gratificantes e modos de funcionamento mais desenvolvidos e satisfatórios.

Aceitar o desafio de estudar a patologia borderline é poder fazer convergir dois campos de grande dedicação da nossa vida profissional dos últimos anos: a docência, na área da psicopatologia dinâmica, e a prática clínica, num modelo de orientação psicanalítica. Este doutoramento constituiu-se como uma modesta resposta às solicitações dos pacientes borderline, que ficam a interpelar-nos enquanto terapeuta, e

às exigências de amadurecimento teórico que despertam a nossa curiosidade como docente. Ao mesmo tempo, por dentro, vai exigindo a construção de articulações significativas entre a conceptualização teórica, os estudos empíricos e a intervenção psicoterapêutica, elaborando um espaço de ligações conjuntas, sem o qual seria difícil pôr o afecto e o pensamento ao serviço da vida mental.

Propomo-nos com este trabalho trazer um contributo teórico e empírico para o aprofundar da caracterização de um quadro psicopatológico particular - a patologia *borderline*, considerando dimensões nucleares na conceptualização psicodinâmica de caso, como: representações, relação objectal, angústia, defesas, Self, compreensão da sintomatologia e da etiopatogenia.

A caracterização de vulnerabilidades do Self a diferentes tipos de angústia e relação dessas vulnerabilidades com o acesso a representações afectivas no paciente *borderline* constituem-se como os novos contributos desta investigação.

O presente trabalho começa por abordar questões de diagnóstico e caracterização da patologia *borderline*, compreensão da sua génese e funcionamento, bem como da sua expressão sintomática, evoluindo para a exploração da questão das representações relacionais e do acesso ao mundo objectal, das vulnerabilidades do Self ligadas às angústias dominantes e do sistema defensivo no paciente *borderline*.

Percorrendo a literatura empírica, o funcionamento *borderline* será contrastado com outros grupos de diagnóstico, na procura da caracterização da sua especificidade, e será compreendido na sua heterogeneidade, equacionando-se as hipóteses de consideração de sub-grupos ou sub-modos de funcionamento. Os contributos empíricos desta tese organizam-se em três linhas de trabalho, correspondendo aos três estudos apresentados.

O Estudo 1 corresponde a um trabalho de criação e adaptação de instrumentos de medida necessários ao estudo principal. Inclui a criação de uma escala de avaliação de *angústias dominantes*, a tradução e adaptação de uma medida de *vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono*, e de dois instrumentos de diagnóstico da patologia *borderline* (um que permite a triagem de casos e outro que permite a avaliação da gravidade da sintomatologia e dos comportamentos disruptivos). A criação e adaptação de instrumentos de avaliação vem responder a uma necessidade da investigação em psicologia clínica dinâmica de ter medidas que sejam úteis simultaneamente para a prática clínica e para os estudos experimentais.

O Estudo 2, ou estudo principal, corresponde a um estudo quantitativo de comparação de grupos: *borderline*, depressão e grupo não-clínico. A comparação entre grupos permite estudar o que é específico do paciente *borderline*, atendendo às variáveis consideradas: representações relacionais, vulnerabilidades do Self à intrusão e ao abandono, angústias dominantes e uso de clivagem. Este estudo procura também esclarecer a articulação específica entre essas mesmas variáveis, o valor preditivo nos níveis de sintomatologia e a localização do paciente *borderline* num *continuum* de gravidade que o aproxime mais do funcionamento psicótico ou neurótico, com implicações ao nível da compreensão desenvolvimentista e da intervenção terapêutica.

O Estudo 3 corresponde a um estudo exploratório, de natureza qualitativa, sobre o acesso às representações relacionais nas experiências de infância, atendendo à qualidade das representações internas e tonalidade afectiva da relação.

Por fim, os resultados dos três estudos são discutidos e procura-se integrar este duplo trajecto, teórico e empírico, levantando novas questões e estabelecendo pontes com aspectos de intervenção clínica, que serão objecto de estudo preferencial em trabalhos futuros.



## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---



*“Sinto que fica tudo só em projecto... Acho que me estou a passar, choro o tempo todo sem conseguir parar (...) não vejo saída... Eles (pais) não ouvem, não querem saber, acusam, não entendem (...) Tenho medo de quebrar, de enlouquecer!”*

(S. 35anos)

*“Ando a tentar largar os consumos, mas fico muito ansiosa (...) Quando me enviaram para longe daqui, passei que tempos revoltada a dar pontapés contra a situação. Fugi de casa com ideia de voltar. Tentei acabar com tudo várias vezes!”*

(A. 26 anos)

### **O paciente borderline: do diagnóstico à experiência terapêutica**

Quando nos referimos à patologia borderline ou estado-limite<sup>1</sup>, referimo-nos a um conceito controverso, localizado num terreno intermédio entre dois discursos científicos.

A psiquiatria procura objectivar e fundamentar empiricamente critérios de inclusão num grupo de diagnóstico (Goldstein, 1983) e definir as fronteiras com outros quadros nosológicos, permitindo o diagnóstico diferencial (relativamente a outras patologias de eixo I e eixo II, em termos de classificação DSM - *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*). Detém-se igualmente sobre o curso da perturbação ao longo do tempo e prevenção dos seus aspectos mais destrutivos (ex.: tentativas de suicídio e outros comportamentos auto-lesivos).

A abordagem psicanalítica, baseada numa compreensão fenomenológica e metapsicológica, tenta entender o conceito de borderline como nível de organização, ou

---

<sup>1</sup> Neste trabalho, à semelhança da opção conceptual de Judy Gammelgaard (2010), usamos a designação de patologia borderline ou estado-limite como sinónimos, de um modo amplo, num quadro de compreensão psicodinâmica, pretendendo contribuir para a caracterização dos pacientes cuja estrutura psicológica e modo de funcionamento se situa numa área intermédia, onde a regulação de limites está comprometida.

como modo de funcionamento, remetendo para variáveis intrapsíquicas, processos de desenvolvimento e desafios colocados ao próprio tratamento psicanalítico, como dificuldades de adesão às regras do *setting*, dificuldades de mentalização (Bateman & Fonagy, 2006) e mobilização de fortes aspectos contratransferenciais (Stone, 1986/1954; Gabbard & Wilkinson, 1994).

O termo *borderline* refere-se, a um nível nomotético, a um conjunto de pacientes, entre o funcionamento neurótico e psicótico, pacientes que partilham características destas organizações, mas não podem ser englobados verdadeiramente em nenhuma das duas.

Rosse (1986) descreve-os como uma classe de pessoas localizadas no limiar entre a razão e o desespero, comparando-os com um vasto exército cujas unidades, constituídas por indivíduos oscilantes entre a razão e a loucura, não são suficientemente sãs para serem capazes de se controlar, nem suficientemente loucas para requererem medidas de contenção.

A localização nesta área intermédia de diagnóstico levou psiquiatras e psicanalistas a pensarem se faria sentido considerarem este “novo terreno” como realmente algo novo, ou apenas como um compasso de espera antes da eclosão de uma psicose, ou um arranjo defensivo contra uma depressão que não se chegou a organizar.

Diatkine, Andreoli e Quartier-Frings (1991) falavam de pré-psicoses e Ziborg (1941) falava de formas atenuadas ou ambulatorias de esquizofrenia para enunciar estes casos. Hoch e Polatin (1949) referiam-se a esquizofrenias pseudo-neuróticas e Bychowky (1953) falava de psicoses latentes que sob stress teriam probabilidade de vir a desenvolver quadros psicóticos francos. Bergeret (1975) falava de arranjos limites como defesa contra a depressão e também Izzo (2004) refere que a organização *borderline* pode ser vista como uma defesa pré-depressiva.



No entanto, os quadros limite são diferentes da psicose e dos seus sinais prodrômicos, uma vez que não evoluem para psicoses francas e mantêm uma certa estabilidade na instabilidade sintomática (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen 2005; Paris & Zweig-Frank, 2001; Pukrop & Krischner, 2005), além de lhes faltar a dimensão de culpa e a estruturação do Self que encontramos na depressão (Paris, 2001a).

Os estudos sobre a etiologia da perturbação borderline também apontam para um diagnóstico independente (Bateman & Fonagy, 2001; Linehan, 1993; Skodol, Pagano, Bender, Shea, Gunderson, Yen, et al., 2005; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005).

O diagnóstico de perturbação de personalidade borderline foi reconhecido em 1980 pela APA (*Associação Psiquiátrica Americana*) na publicação do DSM-III e em 1992 pela WHO (*Organização Mundial de Saúde*) sendo incluída no ICD-10, como um quadro de diagnóstico com características próprias.

Os pacientes com este diagnóstico são na sua maioria jovens, com idades entre os 18 e os 30 anos, em 75% dos casos são mulheres e têm uma taxa prevalência na população de cerca de 4% (Gunderson, 2008). São pacientes que apresentam uma identidade perturbada, relações instáveis e intensas, angústia de abandono, sentimentos de falta e de vazio, variações afectivas bruscas, com predomínio da raiva e da agressividade, impulsividade e comportamentos de risco, incluindo tentativas de suicídio (Fonagy, 1991).

Os pacientes borderline trazem para o encontro clínico uma experiência de profundo sofrimento. Zanarini e colaboradores (1998) desenvolveram um estudo sobre a experiência subjectiva destes pacientes, de modo a caracterizar a sua dor e verificaram que, de uma lista de 50 sentimentos disfóricos, os pacientes borderline tinham pontuações elevadas em todos, traduzindo uma dor intensa e uma forma terrível de

sentir a vida. Segundo os autores, estes pacientes passam grande parte do tempo a sentir-se subjugados (61,7%), sem valor (59,5%), muito zangados (52,6%), sozinhos (63,5%), incompreendidos (51,8%), abandonados (44,6%), traídos (35,9%), maus (23,5%), fora de controlo (33,5%), como se fossem crianças pequenas (39,1%), e capazes de se magoarem ou de se matarem (44%).

A perturbação de personalidade borderline apresenta estabilidade ao longo do tempo, sobretudo no que diz respeito à experiência afectiva e relacional disfuncional e aos danos sociais e pessoais que ela provoca, embora com o passar dos anos haja remissão dos sintomas mais impulsivos como auto-mutilações e tentativas de suicídio (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Bradford, Reich, & Silk, 2004).

Apesar de estabelecido o diagnóstico de perturbação de personalidade borderline, uma questão que se levanta é se faz sentido falar em estrutura de personalidade borderline de um modo específico (Kernberg, 1985/1975; Widlöcher, 2001), ou antes de funcionamento a um nível borderline (Chabert et al., 1999), como intermédio num *continuum* entre modos mais arcaicos (psicótico) e menos arcaicos (neurótico) da patologia mental (Green, 1990; McWilliams, 2005/1994). Na psicanálise actual a distinção estrutura/ funcionamento nem sempre aparece como dicotómica e evidencia-se a complementaridade teórica e clínica entre ambas.

Clarkin, Marziali e Munroe-Blum (1992) referem que o uso deste diagnóstico pode ser abusivo e pouco claro para os clínicos, ao constituir-se como uma área que poderá incluir toda uma variedade de pacientes com sintomatologia muito heterogénea, difíceis de tratar e que desafiam a relação terapêutica.

Segundo Gunderson (2008), o diagnóstico dos pacientes borderline foi sendo abordado de modos distintos em diferentes momentos: como organização de personalidade, como síndrome e como perturbação. Trata-se de três visões do

constructo que espelham respectivamente o paradigma psicanalítico, a abordagem descritiva médica/ farmacológica e as abordagens actuais de interacção entre etiologia e necessidades terapêuticas específicas. O estudo de Kullgren (1987) dá suporte empírico a estas três visões, encontrando convergência de diagnósticos com base em cada uma delas, num grupo de 46 pacientes que foram filmados e diagnosticados por diferentes clínicos, embora o autor indique que faz mais sentido considerar o diagnóstico num *continuum*, do que como apenas uma entidade diagnóstica específica.

O termo *borderline* reflecte, a um nível ideográfico, a indefinição ou insegurança em várias fronteiras relativas a mecanismos de regulação e linhas de demarcação do psiquismo do indivíduo: dimensão intrapsíquica/ dimensão interpessoal, fantasia/ realidade, ego real/ ego ideal, Self/ objecto, corpo/ mente, acção/ pensamento, etc..

Estellon (2010) leva-nos a reflectir sobre o que é um limite para o ser humano, ao nível físico (A pele? O corpo? A morte? E vemos as manifestações sintomáticas dos pacientes *borderline* nesta linha, auto-mutilações, somatizações, riscos físicos diversos, tentativas de suicídio...), a nível superegóico (O “nome”? Os interditos? A Lei? E vemos igualmente as manifestações do paciente *borderline* na linha da delinquência, violência, transgressão, passagens ao acto, consumo de substâncias ilícitas...), a nível relacional (Os outros? A separação? As ligações? O amor? E nesta área se espelham as dificuldades do paciente *borderline* de estabelecer laços estáveis e duráveis, angústias de abandono e de intrusão, sem uma regulação possível da proximidade ou do grau de intimidade, uma sexualidade impulsiva ou até perversa...) e a um nível simbólico de representações (O sentido? A lógica de um percurso? A memória dos seus actos e da sua identidade? E vemos também aqui o colapso da definição de limites no paciente *borderline* com uma difusão de identidade, confusão, incoerência, onde o *acting* toma o lugar do pensamento...).

Os pacientes borderline transmitem uma experiência instável, quer ao olharmos para a narrativa da sua história de vida (mudanças de cuidadores, de grupos de pertença, de relacionamentos, de ocupações, de ideais, etc.), quer ao olharmos para o seu mundo interno (sentido de Self flutuante, sensação de não “estar em casa” na relação consigo mesmo, de vazio, de falta de uma âncora).

Melitta Schmideberg (1959) fala desta patologia como a patologia da *instabilidade estável*, ideia retomada mais tarde também por Widlöcher (2001/1995) que considera a instabilidade e o polimorfismo sintomático como os elementos mais estáveis e característicos do funcionamento borderline.

Embora já em Freud houvesse referências indirectas a um tipo de funcionamento que não poderia ser compreendido adentro do espectro neurótico e também não podia ser francamente incluído na psicose, é em 1938 que Adolph Stern introduz o termo *borderline*. O termo *borderline* é usado para referir pacientes resistentes à análise, muito projectivos, com problemas narcísicos graves, relações de objecto problemáticas, mecanismos de defesa primitivos e com angústias de esvaziamento que o autor descreve como “hemorragias psíquicas”. Stern (1938) sugere que os pacientes *borderline* sejam compreendidos como um fenómeno clínico delimitado e com necessidade de uma psicanálise em moldes adaptados a novas exigências.

Nestas primeiras abordagens podemos referir também Wolberg (1952) que defende que os pacientes *borderline* devem ser tratados como uma patologia independente (neste caso isolando-a da psicose), e sublinha a fragilidade do Ego destes indivíduos. Descreve-os como pacientes que estabelecem relações de dependência masoquista com angústias anaclíticas, busca compulsiva de gratificações, considerações e recompensas por parte do outro de modo a compensar uma falta de auto-estima profunda, com fantasmas de colorido megalómano, hipersensibilidade às críticas,

intolerância à frustração, mecanismos de paralisação face ao sucesso, clivagem dos pensamentos, representações e afectos, e prevalência de sentimentos de falta, de vazio e de solidão.

Knight (1953) também descreve esta patologia como estruturalmente diferente da psicose e da neurose. Para este autor o Self é frágil a três níveis: ao nível das relações de objecto, da adaptação à realidade e do sistema defensivo. Este autor fala de uma vida psíquica sem interioridade, com vazio e em que a realidade externa é solicitada para suprir essa falha. Há dispersão da atenção e do pensamento, com fragilidade ao nível dos processos secundários, com insuficiente capacidade pré-consciente e com as forças instintivas inconscientes a manifestarem-se de um modo desintegrador.

Schmideberg (1959) acrescenta às descrições anteriores os aspectos das tendências impulsivas anti-sociais (excessos e tendências ordálicas) e sublinha as instabilidades de humor: dificuldades de regulação emocional, dificuldades de empatia e intolerância a estados de angústia.

Dois autores de referência para caracterização mais precisa de um diagnóstico de patologia borderline são: na psiquiatria Gunderson, e na psicanálise Kernberg. Os seus trabalhos permitiram avançar na definição de critérios de diagnóstico que culminaram na inclusão da patologia no sistema de classificação da APA- o DSM- *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, como referimos, e foram continuados nos trabalhos da *Task Force* internacional responsável pelo PDM -*Manual de Diagnóstico Psicodinâmico* (2006).

Gunderson e Singer (1975) descreveram 6 características relevantes para o diagnóstico de perturbação borderline: 1) presença de afecto intenso (geralmente depressivo ou hostil), 2) história de comportamento impulsivo, 3) uma certa adaptação social, 4) experiências psicóticas breves sob stress, 5) pensamento fraco em situações

não estruturadas e 6) relações interpessoais que variam entre uma superficialidade transitória e uma intensa dependência.

Actualmente na psiquiatria, o termo *borderline* ou estado-limite aparece como diagnóstico de perturbação de personalidade com critérios definidos de acordo com o DSM IV<sup>2</sup>:

***CrITÉRIOS de diagnóstico para 301.83 Perturbação Estado-Limite da Personalidade [F60.31]***

*Padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem, afectos, e impulsividade marcada, com começo no início da vida adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por 5 (ou mais) dos seguintes itens:*

- 1) esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado. Nota: não incluir os comportamentos auto-mutilantes e suicidas descritos no critério 5;*
- 2) um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, caracterizadas por alternância extrema entre idealização e desvalorização;*
- 3) perturbação da identidade: instabilidade persistente e marcada da auto-imagem e do sentimento de si próprio;*
- 4) impulsividade pelo menos em 2 áreas que são potencialmente auto-lesivas (gastos, sexo, abuso de substâncias, condução ousada, ingestão alimentar maciça). Nota: não incluir os comportamentos auto-mutilantes ou suicidas descritos no critério 5;*
- 5) comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento auto-mutilante;*
- 6) instabilidade afectiva por reactividade de humor marcada (por exemplo, episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade, habitualmente durando poucas horas e raramente mais do que alguns dias);*
- 7) sentimento crónico de vazio;*
- 8) raiva intensa e inapropriada ou dificuldade de a controlar (por exemplo episódios de perda da calma, raiva constante, brigas constantes);*
- 9) ideação paranóide transitória reactiva ao stress ou sintomas dissociativos graves.*

<sup>2</sup> Versão portuguesa: APA (2002). DSM IV-TR, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, Lisboa: Climepsi, p.710.

De acordo com Trull, Stepp e Solhan (2006), estes critérios de diagnóstico podem ser sintetizados em 3 dimensões centrais:

1) *instabilidade afectiva* - que compreende mudanças emocionais bruscas, reactividade grande aos estímulos do meio, nomeadamente no palco interpessoal quando há conflitos ou rejeição percebida, e sobrecarga de afectos negativos como raiva, depressão e ansiedade (Zanarini & Frankenburg, 1994);

2) *impulsividade* - ligada a comportamentos lesivos para o próprio e para os outros, como abuso de substâncias, promiscuidade sexual, gastos, jogos, compulsão alimentar, condução perigosa, delinquência e criminalidade; sendo que a impulsividade pode surgir como uma forma de tentar lidar com a experiência afectiva instável (Linehan, 1993), ou como consequência do controlo dos impulsos ser pobre (Links, Helegrave & Van Reekun, 1999);

3) *perturbação de identidade* - que corresponde a um auto-conceito pouco definido, mudanças de objectivos, ideais, opiniões, estilos de vida, orientação sexual, etc., sem capacidade de integrar aspectos positivos e negativos da sua experiência, o que se relaciona com a fraca integração e sentimentos de vazio (Wilkinson-Ray & Westen, 2000).

Gunderson (2008) interessou-se pelas fronteiras do diagnóstico, estudando a comorbilidade com outros diagnósticos e os critérios de diagnóstico diferencial. Na revisão de literatura de 1991 a 2007 que o autor apresenta, verificou-se que, dos pacientes com diagnóstico de patologia borderline, 70% também tinham o diagnóstico de distímia, 50% de depressão, 35% de abuso de substâncias, 30% de perturbação de stress pós-traumático, 25% de abuso de álcool, 25% de perturbação de personalidade narcísica, 25% de perturbação de personalidade anti-social, 20% de perturbação bipolar, e 20% de bulimia.

Também Zanarini e colaboradores (2004) tinham indicado co-ocorrência de perturbações de humor nos pacientes borderline, com taxas de 70 a 90%, de abuso de substâncias com taxas de 61%, perturbações de stress pós-traumático com taxas de 55% e perturbações alimentares com taxas de 53%.

Uma das perturbações frequentemente associadas à patologia borderline é o consumo de substâncias. O álcool é a mais escolhida, mas a maioria dos pacientes borderline tem policonsumos. No entanto, o próprio consumo de substâncias leva o paciente a ter características borderline, como impulsividade, relações caóticas, intolerância à frustração, labilidade emocional, etc., o que pode dificultar a definição das fronteiras do diagnóstico (White, Gunderson, Zanarini, & Hudson, 2003).

Gunderson (2008) verificou que a taxa de incidência da depressão em pacientes borderline era cerca de 3 vezes maior do que de perturbação borderline em pacientes com depressão. Embora a grande maioria dos pacientes borderline cumpra critérios para o diagnóstico de episódio depressivo major, a experiência depressiva do paciente borderline apresenta-se como muito diferente da dos pacientes sem perturbação de personalidade borderline (Kurtz & Morey, 1998; Westen, Moses, Silk, Lohr, Cohen, & Segal, 1992).

Tanto os pacientes com perturbação borderline, como os pacientes com episódio depressivo major podem apresentar falta de energia e abatimento, dependência de um outro protector (dimensão anaclítica) e sentimento de maldade interna, mas a experiência subjectiva do paciente borderline deprimido é diferente da experiência do paciente com episódio depressivo major, pois inclui zanga, solidão, desamparo e vazio, em vez de sentimentos de culpa ou de ter falhado e de falta de esperança. Também os traços de personalidade habitualmente ligados a cada um dos diagnósticos os distinguem: no paciente borderline encontramos impulsividade, atitudes de



desvalorização e relações instáveis, no paciente com depressão são frequentes traços de ansiedade, de preocupação e de auto-consciência com auto-crítica (Gunderson, 2008).

A distinção que Blatt (1974) fez entre depressão anaclítica e depressão introjectiva permite-nos entender este diferente modo dos pacientes borderline reagirem à perda, relativamente a pacientes com um nível neurótico de funcionamento. Nos pacientes borderline é a perda do objecto e da sua função de apoio que despoleta a experiência depressiva, o que os deixa aquém da possibilidade de elaborar uma resposta depressiva mais madura, em que a perda do amor do objecto seja central. A depressão anaclítica caracteriza-se pela experiência de desamparo, vazio, pouca capacidade de tolerar a frustração e a ausência do objecto, diferente da falta de esperança, severidade de auto-crítica, receio de desaprovação e sentimentos de culpa que pautam a experiência de depressão introjectiva.

Beeney, Levy, Gatzke-Koope e Hallquist (2013) compararam pacientes com perturbação borderline com pacientes com depressão, quanto à reacção à rejeição percebida. Ambos os grupos de pacientes apresentaram características comuns, como afectos disfóricos, irritabilidade, tendências suicidas e grande sensibilidade à rejeição, no entanto, distinguiram-se significativamente pelo tipo de reacção à rejeição percebida: os pacientes com depressão retiravam-se e isolavam-se, os pacientes com perturbação borderline aumentavam os comportamentos de aproximação e demonstravam um aumento da hostilidade.

Outro diagnóstico diferencial importante é entre a patologia borderline e a perturbação bipolar tipo II que partilha com o funcionamento borderline as características de impulsividade, de instabilidade afectiva, de zanga inapropriada, tentativas de suicídio recorrentes e relações instáveis (Ghaemi, Dalley, Catania & Barroilhet, 2014). Também Sjustad, Gwawe e Egeland (2012) mostram que os pacientes

borderline apresentavam taxas elevadas de perturbações de humor, nomeadamente do espectro bipolar e unipolar. No entanto as variações de afecto dos pacientes bipolares não parecem grandemente determinadas pelo contexto interpessoal, os afectos são vividos de um modo menos profundo, o Self é protegido com defesas de grandiosidade e de negação do significado emocional das experiências, são pacientes que respondem à medicação de um modo completamente distinto e provocam menos apelo para serem cuidados, do que os pacientes borderline (Gunderson, 2008).

Os pacientes com perturbação de personalidade borderline partilham igualmente algumas características com os pacientes com perturbação de stress pós-traumático, uma vez que também têm uma história de desenvolvimento com elevadas percentagens de experiências de abuso. Além disso, os pacientes borderline adultos, pelo tipo de comportamento relacional impulsivo e arriscado que apresentam, têm maior probabilidade de se envolver em situações de abuso e poderem desenvolver uma perturbação de stress pós-traumático (Zanarini et al., 1998). No entanto, Westen (1990) mostrou que os pacientes com stress pós-traumático organizavam a sua vivência dolorosa à volta das experiências abusivas e experimentavam mais expectativas (ou até projecções paranóides) de malevolência quando envolvidos numa relação com um outro significativo, enquanto os pacientes borderline tinham maior probabilidade de sentir a malevolência associada à ruptura ou à ausência do outro.

Por último, as fronteiras deste diagnóstico com outras perturbações de personalidade: narcísica e anti-social, nem sempre são fáceis de caracterizar. Os pacientes borderline apresentam enorme sensibilidade à crítica e à rejeição, ressentimento e ideia de que lhes são devidas atenções e cuidados, como os pacientes com perturbação de personalidade narcísica. Mas distinguem-se destes pela intolerância à solidão, preocupações com serem cuidados e amparados e pela sua impulsividade,

uma vez que os pacientes narcísicos exibem sentimentos de superioridade, recusa da dependência e necessidade de serem admirados, preocupando-se sobretudo com o seu estatuto de superioridade.

A perturbação de personalidade anti-social é mais frequente nos homens (75%), o que é inverso relativamente à patologia *borderline*. Estas duas perturbações partilham as características de impulsividade, raiva e agressividade, mas Hatzitaskos, Soldatos e Sakkas (1997) mostraram que os pacientes *borderline* tendem a expressar uma hostilidade mais introvertida que os pacientes com perturbação anti-social. Os pacientes *borderline* são muito reactivos às relações interpessoais e buscam-nas, sendo as acções impulsivas vistas como processos de defesa, não premeditadas, ao passo que os pacientes com perturbação anti-social parecem frios relativamente às situações sociais, desenvolvendo relações de exploração e violência que não despertam culpabilidade nem remorsos, em que as acções são premeditadas e não apenas reactivas (Gunderson, 2008).

Zlotnick, Rothschild e Zimmerman (2002), numa amostra de 130 pacientes com diagnóstico de perturbação de personalidade *borderline*, verificaram que os homens tinham maior probabilidade de apresentar comorbilidade com perturbações de abuso de substâncias e de perturbação de personalidade anti-social, e as mulheres tinham maior probabilidade de apresentar comorbilidade com perturbações alimentares.

Na linha psicodinâmica, os critérios de diagnóstico indicados no PDM (2006) referem que a perturbação dos pacientes *borderline* afecta a sua identidade, as relações de objecto, a tolerância afectiva, a regulação de afectos e impulsos, a integração aos níveis do superego e ideal do ego, bem como a força do ego na resposta ao stress associada a processos defensivos. Estes aspectos aparecem na continuidade das

variáveis de diagnóstico que Kernberg (1967) propõe como critérios de referência para caracterizar cada tipo de organização psíquica.

No referencial psicanalítico da teoria das relações de objecto, Kernberg foi um autor central para a popularização do termo *borderline* e para a caracterização precisa desta organização patológica, dotada de estabilidade e especificidade próprias.

Segundo Kernberg (1985/1975), os pacientes *borderline* são indivíduos com relações objectais diádicas ou anaclíticas, mecanismos de defesa imaturos (sendo o central a clivagem), difusão de identidade, e teste da realidade conservado. Esta configuração estrutural inclui um tipo específico de funcionamento do ego e do superego, onde se revelam fragilidades características, responsáveis pela falta de tolerância à angústia, pela falta de controlo dos impulsos e pelo desenvolvimento insuficiente das vias de sublimação, bem como um padrão específico de organização pulsional.

Kernberg (1985/1975) vê assim, o *borderline* como um terceiro nível de estruturação possível, entre o neurótico e o psicótico. O quadro clínico implica considerar uma angústia difusa e de intensidade variável, ligada a questões identitárias, mobilizada pelo afastamento ou perda do objecto, podendo incluir formas mais primitivas, como fragmentação e medo de colapsar. Esta angústia pode afectar o pensamento, revelando incapacidades de mentalização, e traduzir-se em manifestações somáticas diversas. Embora seja de grau intenso, a angústia não põe em causa as fronteiras entre o Self e o objecto do mesmo modo que acontece na psicose. No paciente *borderline* há fronteiras, mesmo que sejam instáveis e porosas.

Outra característica enunciada por Kernberg (1985/1975) é a síndrome depressiva, ou seja, uma vivência depressiva limite que se caracteriza por vazio e perda de sentido de si e da vida, bem como por ataques agressivos face ao objecto, o que difere da

depressão introjectiva, marcada por culpa ou vergonha, em que domina o abatimento e a tristeza, como já referimos.

Na caracterização do paciente borderline, Kernberg (1968) enuncia ainda manifestações pseudo-neuróticas (como manipulação interpessoal mais agressiva que erótica e conversões atípicas), pseudo-psicóticas (como descompensações breves e despersonalizações) e pseudo-psicopáticas e perversas (como transgressões, consumo de substâncias e passagens ao acto agressivas e sexuais), ou seja, sintomatologia diversa e fluída adentro destas três vias de organização, mas que não ganha o mesmo significado, nem a pertinência idêntica às verdadeiras estruturações nessas linhas.

A estrutura egóica do paciente borderline apresenta forças que permitem um nível de integração mais elaborado do que o psicótico, mas também vulnerabilidades consideráveis que o localizam aquém da neurose.

As forças do ego permitem ao paciente borderline uma aparente “normalidade” fora de situações de angústia, por conseguir um nível relativamente intacto de teste da realidade (se há episódios psicóticos são de curta duração e reversíveis), de processos de pensamento (o processo primário emerge em situações de stress), de relacionamento interpessoal (que quando se trata de um relacionamento mais próximo tem maior turbulência e falta de reciprocidade e profundidade relacional) e de adaptação à realidade (que embora possa ser razoável, tem pouca durabilidade no tempo e nos contextos).

As vulnerabilidades do ego que se evidenciam, mas ainda assim o distinguem do paciente psicótico, dizem respeito à combinação de um pobre controlo dos impulsos com uma baixa tolerância à frustração (incapacidade de adiar a gratificação e tendência a agir sobre stress), tendência a usar defesas primitivas (a clivagem em vez do recalçamento), síndrome da difusão de identidade (falta de sentido do Self, falta de um

Self coerente, verdadeiro e integrado, o que leva a posturas camaleónicas e mudanças de grupos e identificações), e instabilidade afectiva (agressividade disruptiva, aborrecimento e vazio, bem como estados depressivos).

André Green (1990), psicanalista francês da actualidade, usou a expressão “loucura privada” como título de um dos seus livros, referindo-se ao movimento da doença mental da larga esfera institucional para o contexto privado, e do olhar público para o escondido das relações mais próximas. É neste palco das relações de proximidade que se revelam as dificuldades destes pacientes da “clínica do vazio” e são as dificuldades levantadas por estes pacientes ao próprio processo terapêutico que colocam o conceito de “limite” no centro da discussão psicanalítica. Mais do que localizar estes pacientes borderline numa fronteira nosográfica, Green coloca-os num terreno em que as fronteiras ou limites são fluídos e instáveis (Green, 1990), mantidos à custa de clivagens patológicas que tentam colmatar fracassos nos processos de separação organizadores das fronteiras do Self que, deste modo, tenta evitar a desintegração.

Também na actualidade, Chabert, Brusset e Brelet-Foulard (1999) colocam a patologia borderline no centro da reflexão psicanalítica com a mesma relevância que a neurose teve na época de Freud. Estes autores fazem uma leitura do funcionamento limite, no quadro psicanalítico, por detrás de três vias neuróticas aparentes: histérica, fóbica ou obsessiva, e mostram um modo regressivo e mais arcaico de funcionamento que lhes subjaz (ex.: busca ávida do objecto, mas mais regressiva do que na neurose histérica, fobias que expressam angústias arcaicas, outras formas de controlo do objecto mais perversas que francamente obsessivas, etc.), onde as dificuldades que emergem no curso da terapia revelam justamente as características da patologia.

O paciente borderline em terapia surge como um “paciente difícil” (Akistal, Yerevanian, Davis, King, & Lemmi, 1985), pois deixa o terapeuta exposto a uma carga

emocional intensa e negativa (Ruggiero, 2012), testa de um modo particular as capacidades do terapeuta, por vezes até ao limite da sua tolerância pessoal (Cambanis, 2012), e suscita uma contratransferência pautada por sentimentos de impotência, incapacidade, inquietude, desistência, cólera e hostilidade (Estellon, 2010).

A relação rejeitante e insuficiente que estes pacientes tiveram com o objecto primário actualiza-se na relação psicanalítica através de formas de transferência diferentes das que encontramos nos pacientes neuróticos (Ruggiero, 2012).

Para os pacientes borderline a relação com o terapeuta em muitos momentos não representa a relação materna, torna-se a relação materna (Roussillon, 2002), o que traz para análise um conjunto denso de experiências psíquicas arcaicas, não representadas, não simbolizadas e não subjectivadas que o terapeuta tem de tomar a cargo.

Frank Summers (1988) refere que a transferência do paciente borderline é uma transferência de curso silencioso até irromper com violência, é de natureza psicótica, manifestando-se abertamente ou de um modo camuflado, e é agida de um modo que põe em causa os próprios limites do processo terapêutico.

Uma forma típica desta transferência aberta é a convicção delirante que o paciente borderline tem, em certos momentos, de que foi abandonado pelo terapeuta e não apenas o receio de que isso possa acontecer no futuro. O abandono para este paciente é o equivalente à ameaça de destruição, pelo que despertará uma intensa agressividade contra o terapeuta que é colocado no lugar de mau objecto. A busca de contacto com o terapeuta fora das sessões, ou a incapacidade de aceitar o silêncio dentro de uma sessão, podem ser formas do paciente borderline se tranquilizar quanto à possibilidade da sua hostilidade ter efectivamente destruído o objecto.

Uma forma camuflada deste tipo de transferência é o desenvolvimento de expectativas mágicas relativas às capacidades do terapeuta. Por exemplo, será frequente

o paciente borderline achar que o terapeuta tem de estar lá quando o deseja ou tem necessidade dele, em vez de se ajustar ao ritmo combinado de sessões. O paciente borderline poderá também esperar ser compreendido sem ter necessidade de comunicar, nem de construir uma elaboração conjunta das questões que traz ao terapeuta. Outro exemplo destas expectativas é o pedido que o paciente borderline faz ao terapeuta de que resolva qualquer tipo de necessidades da sua vida, como arranjar-lhe emprego, proporcionar-lhe colo e contacto físico, poder sair com ele, pedir-lhe boleia, ou esperar que o terapeuta o inclua na sua vida privada, entre outras (Summers, 1988).

A resposta às regras e limites do encontro terapêutico diferencia o paciente borderline do paciente neurótico. Para um paciente neurótico, a frustração do desejo de proximidade com o terapeuta fora da sessão, ou o desapontamento de não poder prolongar a sessão além do tempo previsto, trazem também o alívio relativamente à culpabilidade que tal gratificação imediata dos seus desejos despertaria, podendo usar os limites ao serviço da elaboração mental e encontrar neles um elemento de segurança, estruturante e libertador. Já um paciente borderline não consegue aceder a esta experiência e lida com os limites da situação terapêutica como se a sua sobrevivência fosse posta em causa, reagindo com desespero e angústia, ou expressando raiva através de passagens ao acto (Summers, 1988).

O paciente borderline procura desesperadamente uma relação fusional com o terapeuta que resolva as falhas da relação primária e o resgate do profundo desamparo em que foi deixado, mas defende-se contra essa relação, porque a união ideal desejada comporta uma ameaça de aniquilamento ou de perda das fronteiras do Self (Ruggiero, 2012).

Assim, na relação terapêutica, o paciente borderline ao procurar a fusão, ataca a alteridade do terapeuta e tenta penetrar nas suas fronteiras pessoais, criando relações



simétricas onde a diferenciação do pensamento e da relação colapsem (Ruggiero, 2012), e ao proteger-se contra as ameaças de intrusão e de perda de limites do Self, ataca a proximidade e rejeita as “boas ofertas” do terapeuta (Summers, 1988). Como refere Corinne Ehrenberg (2002), o terapeuta presencia uma dupla incapacidade do paciente *borderline*: nem se consegue separar do objecto, nem consegue utilizar o objecto ao serviço da sua vida mental.

A terapia psicanalítica tenta dar resposta a esta necessidade de equilíbrio não conseguido entre ligação e diferenciação, de duas formas complementares (Casement, 1990): por um lado, através da possibilidade de providenciar o que faltou, do espelhamento empático, do suporte emocional e da contenção (na linha de Kohut), por outro lado, através da capacidade de resistir à destrutividade, de garantir a estruturação e possibilitar a elaboração dos aspectos relacionais no trabalho interpretativo (na linha de Kernberg).

O desafio colocado ao terapeuta poderá ser o de criar uma zona de sobrevivência psíquica (Ruggiero, 2012), um espaço intermédio de relação onde possa emergir a diferenciação, sem risco de colapso, e a integração das partes clivadas, sem risco de fusão, um espaço potencial (na linha de Winnicott) onde se restaure o que ficou comprometido na capacidade representacional do paciente *borderline*.

Nesta linha, a dinamarquesa Judy Gammelgaard (2010) introduziu o conceito de “betweenity”, uma forma inovadora de entender o funcionamento *borderline* nas suas características, génese e aspectos experienciais de transitoriedade ou instabilidade, num referencial teórico winnicottiano. Já Modell (1968) fala da transferência do paciente *borderline* como um modo de relação de objecto transicional, em que o terapeuta pode ser tratado como se não fosse um elemento da realidade externa e ainda assim conhecido e visto como um elemento dessa mesma realidade.

As dificuldades representativas destes pacientes levaram Green (1990) a localizá-los como estando no limite da analisabilidade. Rosemary Davies (2012) sublinhou que o trabalho clínico a realizar com estes pacientes deve ter em conta essas dificuldades representativas, nomeadamente no que diz respeito à elaboração da ausência do objecto.

Duas abordagens terapêuticas actuais, na linha psicodinâmica, dão centralidade ao mundo representacional dos pacientes borderline como foco da terapia:

1) *Mentalization Based Therapy* (Bateman & Fonagy, 2006), onde as intervenções terapêuticas se organizam desde a facilitação dos processos de mentalização afectiva, através da experiência de apoio empático e funções reflexivas do terapeuta (que toma na sua mente a vida mental do paciente), até à mentalização interpretativa das ligações com a história de vinculação e com a relação de transferência;

2) *Transference-focused Psychotherapy* (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006), cujo objectivo central é ajudar o paciente a desenvolver representações do Self e dos outros, integradas, coerentes e multidimensionais, diminuindo as clivagens e outras actividades defensivas primitivas e contendo/ elaborando os movimentos transferenciais intensos e caóticos destes pacientes.

Seja na abordagem psicanalítica, seja nestas abordagens psicodinâmicas estruturadas, os autores são unânimes quanto à importância da análise da contratransferência no trabalho com os pacientes borderline, tanto pela carga emocional intensa que emerge no processo, como pelo facto do compromisso da mentalização do paciente poder afectar a capacidade de pensar do terapeuta, levando-o a agir ou a ignorar riscos e omitir acções terapêuticas necessárias (Ruggiero, 2012).

O terapeuta terá de encontrar um equilíbrio delicado entre uma postura de neutralidade aceitante, que não se torne numa pseudo-neutralidade bondosa, num falso Self analítico, ou uma postura de hipocrisia profissional desatenta ao sofrimento real

destes pacientes, e um trabalho activo de restauração da vida mental, que não se torne numa reactivação traumática de intrusões através da palavra ou das acções de cuidado, nem num desejo compulsivo de salvar o paciente (Ehrenberg, 2002).

Também num contexto institucional é importante a leitura dos movimentos constrastuais que estes pacientes suscitam. É frequente que um paciente borderline leve uma equipa terapêutica a sentir-se confusa, ou a ser mobilizada para acções concretas, ou que se gerem divisões de perspectivas, que surjam momentos críticos de terror face a episódios inesperados e perigosos que despertam nos terapeutas uma sensação de estar a “ser enlouquecido”, ou que se instale o desânimo, o cansaço e o sentimento de impotência face ao caso (Evans, 2007). Ora este sentir do terapeuta, ou da equipa terapêutica, espelha justamente algumas das dimensões centrais do funcionamento borderline a serem atendidas na intervenção terapêutica.

Para concluir, apresentamos uma síntese dessas características que foram sendo apontadas pelos autores psicanalíticos como centrais na conceptualização de caso do paciente borderline ou estado-limite e que serão desenvolvidas nos capítulos seguintes deste estudo.

Como referimos, estes aspectos serão focados de um modo mais aprofundado nos capítulos seguintes, por serem dimensões nucleares da compreensão do funcionamento intrapsíquico dos pacientes borderline que nos interessa estudar. No entanto, sublinhe-se que a ideia de um Self vulnerável à angústia despertada na relação com o objecto, aspecto central do nosso estudo, vem a ser um elemento constante na caracterização do paciente borderline, desde os primeiros estudos sobre o tema até à actualidade.

**Síntese de características da Patologia Borderline- Conceptualização Psicodinâmica:**

*-Patologia da instabilidade* (M. Schmideberg; C. Chabert; A. Coimbra de Matos).

*-Intermédio entre a psicose e a neurose, conjugando sintomas de ambos os espectros* (C. Chabert, B. Brusset & F. Brelet-Foulard; J. Bergeret; A. Stern).

*-Objecto interno malévolo* (D. Westen), *mau objecto frustrante* (R. Fairbairn), *objecto de apoio do narcisismo* (J. Bergeret), *objecto anaclítico* (A. Coimbra de Matos).

*-Self vulnerável com um vazio básico* (A. Green), *difusão de identidade* (E. Erikson, O. Kernberg, A. Ryle), *personalidade “as-if”* (H. Deutsch), *falso Self* (D. Winnicott), *Self em mosaico* (J. Bergeret).

*-Indiferenciação sujeito-objecto* (R. Fairbairn) *e relações diádicas/ anaclíticas* (O. Kernberg; A. Coimbra de Matos), *fracassos nos processos de separação-individuação* (A. Green, M. Mahler, J. Masterson), *dificuldade em evocar o objecto na sua ausência* (A. Bateman & Fonagy; A. Coimbra de Matos).

*-Dificuldades de mentalização e desinvestimento do espaço psíquico interno* (C. Chabert, B. Brusset & F. Brelet-Foulard; A. Bateman & P. Fonagy; L. Digue; D. Bender) *que leva à acção* (C. Chabert, B. Brusset & F. Brelet-Foulard) *e/ou somatização* (J. Bergeret) *e desregulação emocional* (J. Bergeret), *com intolerância à frustração* (M. Schmideberg), *e raiva /ressentimento* (A. Coimbra de Matos).

*-Angústia de abandono/ separação* (A. Coimbra de Matos; O. Kernberg), *ou dupla angústia separação – intrusão* (A. Green; D. Bender; F. Summers).

*-Mecanismos defensivos imaturos – com centralidade da clivagem* (O. Kernberg; J. Bergeret; A. Coimbra de Matos).

*-Investimento na realidade externa através de uma pseudo-adaptação* (Knight, O. Kernberg; J. Bergeret; A. Coimbra de Matos).

*“O meu pai, nem sei se é meu pai! E a minha mãe batia-me! Lembro-me de estar na cozinha aterrorizada (lágrimas)... ela abriu-me a boca e escarrou lá para dentro, puxou-me os cabelos até ao chão e eu aos gritos... Odiava-me! (...) Depois puseram-me num colégio de freiras”*

(C. 38 anos)

*“A minha irmã costumava dizer que éramos órfãos de pai e mãe! A minha mãe não tinha psicologia nenhuma, era a indiferença total e a casa era deles... O meu pai tinha problemas, mas a minha mãe... era agressiva aquela indiferença!”*

(M. 40 anos)

### **Génese da patologia borderline: das experiências traumáticas e do insuficiente apoio da organização intrapsíquica**

Na abordagem psicanalítica, a génese da patologia borderline tem sido associada a um conjunto de traumatismos psíquicos precoces na ligação ao objecto primário (Estellon, 2010).

Para falarmos de traumatismo psíquico devemos considerar que a experiência angustiante com a qual o sujeito tem de lidar transcende as capacidades de assimilação e de organização existentes, seja porque acontece num estado de impreparação, de imaturidade, ou de vulnerabilidade do Self, seja porque se constitui como uma experiência repetitiva e cumulativa que desorganiza o aparelho psíquico do sujeito em momentos críticos do seu desenvolvimento (ex.: repetida inacessibilidade da figura de vinculação), seja ainda porque é de tal modo perturbadora na sua intensidade e destrutividade que não pode ser assimilada (ex.: uma experiência de abuso sexual infantil, ou o testemunhar uma tentativa de suicídio materno).

Vários estudos que comparam grupos psicopatológicos diferentes mostram que os pacientes com perturbação borderline têm maiores percentagens de experiências

traumáticas na infância (Paris, 1998; Skodol et al., 2005; Trull, Stepp, & Solhan, 2006; Zanarini, Williams, Lewis, Reich, Vera, Marino, et al., 1997), onde o incesto (McLean & Gallop, 2003) e outras formas de abuso sexual infantil (Laporte & Guttman, 1996) e as experiências de negligência grave, de violência e de abuso físico, são mais frequentes e mais precoces na sua história de desenvolvimento, do que em pacientes com outras patologias (Bateman & Fonagy, 2004; Paris, 1998, 2001b).

Johnson, Cohen, Brown, Smailes e Bernstein (1999) realizaram um estudo empírico em que verificaram que o abuso sexual e negligência na infância tinham valor preditivo da sintomatologia borderline na vida adulta, mas não o abuso físico. Battle, Shea, Johnson, Yen, Zlotnick, Sanislow, et al., (2004) realizaram um estudo longitudinal com 600 pacientes borderline em que a análise da sua história de infância indicou grande exposição a negligência (82% dos pacientes borderline evocou experiências de negligência parental) e abuso (73% relataram terem vivido experiências de abuso na infância e/ou adolescência). Além disso, este estudo mostrou que o evocar de maus-tratos na infância está mais associado ao diagnóstico de perturbação de personalidade borderline do que a outros diagnósticos de perturbação de personalidade.

Embora esta associação apareça com percentagens muito relevantes, como evidenciado também no trabalho empírico “*The McLean Study for Adult Development*” de Zanarini e colaboradores (onde 90% dos pacientes borderline relatavam algum tipo de experiência de abuso anterior aos 18 anos de idade), o grau de exposição a experiências traumáticas não parece ter uma relação linear com a severidade da patologia borderline, nem ser indicada como a causa do desenvolvimento desta patologia (Bateman & Fonagy, 2004; Paris, 1998; Zanarini et al, 1998), antes como um factor propiciador de vulnerabilidade que amplifica outros factores individuais, o que se confirmou em estudos com modelos multivariados (Trull et al., 2006).

Alguns destes modelos procuram relações entre factores constitucionais, neurológicos e bioquímicos, e factores contextuais, relativos às experiências de infância com os cuidadores (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993). Foi investigada, por exemplo, a actividade serotoninérgica, relacionada com os comportamentos impulsivos (Paris, 1997a) e a actividade colinérgica, relacionada com a instabilidade afectiva (Skodol et al., 2002), verificando-se disfunções nos pacientes borderline quanto ao funcionamento dos receptores para ambas as substâncias. O impacto de episódios traumáticos precoces poderá causar disfunções orgânicas, como por exemplo: a activação excessiva dos sistemas de vigilância, ligados ao funcionamento das glândulas supra-renais (Gabbard, 2006); mas também as vulnerabilidades biológicas parecem contribuir para que alguns factores ambientais tenham impacto patogénico, como por exemplo: a hiperactivação da amígdala pode tornar estes indivíduos mais sensíveis a estímulos do ambiente relacional que para outras crianças não seriam tão perturbadores (Donegan, Sanislow, Blumberg, Fullbright, & Lacadie, 2003).

São diversas as experiências de infância que se constituem como factores de risco associados à patologia borderline: separações e perdas, abuso sexual e físico, negligência, privação emocional, ser testemunha de violência doméstica, de abuso de substâncias e de criminalidade parental (Guzder, Paris, Zelkowitz & Marchessault, 1996; Laporte & Guttman, 1996; Zannarini et al., 1997).

Estudos sobre a dinâmica familiar destes pacientes mostram grande disfuncionalidade na família de origem: clima de hostilidade ou de indiferença, violência, instabilidade nos vínculos, comportamentos parentais caóticos e imprevisíveis, papéis pouco definidos, comportamentos transgressores e valores morais pouco estabelecidos (Schachnow, Clarkin, DiPalma, Thurston, Hull, & Shearin, 1997; Weiss, Zelkowitz, & Feldman, 1996). As famílias negam os problemas e o sofrimento

psicológico deles decorrente, ou vivem num clima de intensa discordância e conflito (Grinker, Werble & Drye, 1968).

A psicopatologia dos pais surge também como factor relevante na compreensão da génese da patologia borderline (Paris, 1997b). Parece haver um padrão transgeracional, em que pais com perturbações de personalidade borderline (ou também perturbações psicossomáticas, narcísicas e psicóticas) desenvolvem relações patogénicas com os seus filhos, onde se instauram os factores de risco que atrás mencionámos: abuso, abandono emocional, laços instáveis e climas de comunicação incongruente, agressiva e pouco responsiva às necessidades de uma criança.

Wendland, Brisson, Medeiros, Camon-Sénéchal, Aidane, David, et al. (2014) estudaram o impacto da patologia borderline em mães, verificando que estas mulheres apresentavam pior ajuste na transição para a parentalidade e dificuldades na interacção com os bebés. Os autores apontam a necessidade de implementar medidas terapêuticas preventivas, devido à maior probabilidade destes filhos virem a ter sintomas de perturbação emocional e patologia borderline no futuro.

A comunicação familiar é marcada por ausência de experiências de validação: indiferença e falta de reconhecimento, falta de apreço e de manifestações de amor; ou presença activa de invalidações: críticas, atitudes desnarcisantes e não reconhecimento das experiências genuínas da criança.

Sturrock e Mellor (2014) estudaram empiricamente as interacções familiares invalidantes e verificaram que se constituía como um valor explicativo da sintomatologia borderline (dava conta de 38% da variância dos resultados, num modelo que incluía igualmente a desregulação emocional e a baixa tolerância ao stress).

Os pacientes borderline percebem mais frequentemente os pais como sendo ao mesmo tempo não cuidadores ou abandonónicos, e abafantes ou intrusivos (Paris, 1996).



A impossibilidade de realizar experiências de autonomização (Frank & Paris, 1981) e o excesso de envolvimento parental também aparecem referidos como factores propiciadores, mas não específicos da patologia borderline (Walsh, 1977; Frank & Paris, 1981). Apesar destes estudos que apontam para o envolvimento excessivo das figuras parentais, as experiências de ausência parecem muito mais determinantes na génese da patologia.

Zanarini e Frankenburg (1997) mostraram que os pacientes borderline têm uma percentagem significativamente maior (entre mais de 37% a 64%) de perdas e separações precoces na sua história de vida do que outros grupos clínicos, como também já tinha sido evidenciado nos estudos de Links, Steiner & Huxley (1988) e de Gunderson, Frank, Ronningstam, Wachter, Lynch e Wolf (1989), onde apareceu uma maior prevalência de separações dos pais nos primeiros três meses de vida dos pacientes borderline, quando comparados com outros grupos clínicos.

Spitz (1965) e Bowlby (1980) mostraram a importância da disponibilidade emocional do cuidador, ou figura de vinculação, para o desenvolvimento normal da criança. Verificaram como a perda da figura de vinculação, ou falhas graves de continuidade e disponibilidade da mesma, precipitavam quadros psicopatológicos precoces (ex.: depressão anaclítica). A ausência prolongada da mãe gerava estados de angústia intensos que podiam afectar irreversivelmente a capacidade do bebé de criar relações, ou até comprometer a sua vida.

As experiências de vinculação precoce têm influência nas relações estabelecidas posteriormente, mantendo-se como paradigmas relacionais internos, onde se pode verificar uma complementaridade entre a qualidade do sistema de apego e o exercício da autonomia ou exploração do mundo, bem como entre a qualidade do apego e função protectora ou de refúgio e de reabastecimento em situações de angústia e perigo. Se a

qualidade do vínculo for de insegurança, o sistema de exploração, a possibilidade de apaziguamento e a tolerância à separação ficarão comprometidos, como acontece no caso do paciente *borderline*.

Os padrões de vinculação associados à gênese do funcionamento *borderline* são de insegurança, entre o evitamento e a procura compulsiva da disponibilidade de uma figura cuidadora, um estilo de vinculação que toma o nome de ansiosa-ambivalente, ou desorganizada. A ausência da mãe parece insuportável, mas a presença também não serve como factor organizador do estado emocional da criança (Main & Solomon, 1990). Dentro da dinâmica vincular, estes pacientes experimentaram sentimentos de indisponibilidade da figura de vinculação e de falta de previsibilidade do comportamento materno, o que afectou negativamente a construção de uma base segura; experimentaram igualmente o fracasso da função apaziguadora da mãe em momentos de angústia, o que impede o progresso para formas mais maduras de auto-regulação (Aaronson, Bender, Skodol & Gunderson, 2006). O estilo de vinculação insegura domina quer na relação precoce, quer nas relações de intimidade da vida adulta, (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004), revelando um intenso desejo de relações de proximidade a par de um enorme receio da dependência e da rejeição.

Lorna Benjamin (1996), num modelo interpessoal de base psicodinâmica, sistematiza quatro dimensões que contribuem para o desenvolvimento da patologia *borderline*:

1) caos familiar (conflitos violentos, infidelidades, abortos, comportamentos aditivos, tentativas de suicídio, criminalidade, filhos ilegítimos, etc.) - uma família com estrutura pouco estável, mudando na configuração e papéis, e com carga emocional intensa;

2) abandono traumático (a criança não tem a presença estável de um cuidador, é deixada só ou sem protecção adequada, o que é sentido como um abandono que passa a mensagem implícita de que a criança é má, além de a deixar exposta a abusos de outros, como os abusos sexuais dos adultos);

3) internalização de um padrão relacional em que a autonomia é punida e a dependência implica sacrifício (o paciente trata as suas experiências de afirmação com punição e torna-se leal com a união a experiências destruturantes, repetindo consigo o que fizeram na sua infância os cuidadores);

4) patologia como tentativa de adaptação, ou seja, só quando o sujeito está num estado de sofrimento intenso é que as figuras cuidadoras oferecem alguma função de apoio (o que reforça o auto-ataque que o sujeito faz a si mesmo como repetição actual dessa experiência infantil).

Nas abordagens psicodinâmicas, a compreensão da génese de um quadro psicopatológico do adulto, como a patologia *borderline*, implica olhar para as vicissitudes da história de desenvolvimento precoce, não apenas em termos de relação com as figuras cuidadoras, mas sobretudo em termos do impacto da mesma na organização intrapsíquica.

Para Manuel Matos (2006), o desenvolvimento psicológico dos pacientes *borderline* mostra-se afectado em vários momentos cruciais da sua história. Na infância, a relação primária ficou aquém da estabilidade, com ligações breves, de insuficiente qualidade, pouco securizantes e contentoras, além de que precocemente interrompidas. A vivência triangular não se instaurou, remetendo a criança para relações duais, onde o superego é de natureza pré-edipiana e onde a estruturação das identificações sexuais dinâmicas relativas à representação de mãe, pai e casal são difusas e inconsistentes. A entrada em latência nunca chega a ser consolidada, o que deixa a criança aquém do

esperado em termos de acesso ao conhecimento e às regras de socialização. E a adolescência instaura-se com turbulência, de um modo agido e prolongado, sem nunca atingir o esperado progresso na procura identitária, nem uma madura capacidade de conquista de uma relação de intimidade com o outro.

Segundo Bergeret (1996), é a fase anal que se constitui como o período crítico da génese do funcionamento borderline. Nesta fase, a agressividade e o erotismo, não ligados e aquém da genitalidade integradora, a par da ambivalência face ao objecto e das experiências de submissão/ dominação, são o cenário do “traumatismo desorganizador precoce”. Trata-se de uma sobrecarga de energia num psiquismo imaturo que desmorona os fundamentos narcísicos e instaura um Édipo precoce, para o qual não há resposta no sistema defensivo do sujeito. Assim, há uma tentativa de retorno à fase oral, usando os mecanismos de defesa mais arcaicos (como a clivagem e a projecção), a par de uma entrada precipitada numa pseudo-latência mais prolongada, com desenvolvimento em falso Self.

Para Bergeret (1996), é o instaurar de um “segundo traumatismo desorganizador”, através de uma experiência que reabre a ferida narcísica e que faz saturar o psiquismo, já de si frágil, que levará ao eclodir da patologia borderline do adulto, com uma crise que o autor assemelha a uma caricatura de crise da adolescência tardia, intensa, abreviada e pondo em causa a estrutura profunda do Ego e dos seus arranjos posteriores (Charrier & Hirschelmann-Ambrosi, 2006).

Coimbra de Matos (1994), na continuidade das ideias de Kernberg (1985/1975), sublinha que na génese relacional desta patologia está a exposição a respostas rejeitantes, de engolfamento, desnarcisantes, ou acusadoras por parte do objecto primário, actuando antes e durante a sub-fase de reaproximação do processo de separação-individuação (Mahler, 1982/1963) e em reaproximações ulteriores (fase

genital infantil, latência e adolescência), ou seja, que há um período crítico para o desenvolvimento desta patologia, entre o declínio da simbiose e o início da estruturação da constância do objecto emocional.

O processo de separação-individuação corresponde ao nascimento psicológico de um novo indivíduo, isto é, ao processo de desenvolvimento pelo qual a criança ganha consciência intrapsíquica de ser separada da sua mãe e ao mesmo tempo adquire uma individualidade única e distinta (Mahler, 1982/1963).

A sub-fase de reaproximação acontece entre cerca dos 15/16 e 22/24 meses de vida e caracteriza-se por uma necessidade de instaurar um novo equilíbrio na gestão da proximidade com a figura materna. A locomoção e as emergentes capacidades cognitivas permitiram à criança experimentar o afastamento da mãe, ampliando a consciência da sua separação e da mãe como uma pessoa distinta. Ora esta consciência desperta o receio da perda objectal, despoletando angústia de separação.

A criança vive uma *crise de reaproximação*, onde tenta encontrar uma distância óptima relativamente à figura do cuidador: regressar à dependência simbiótica traz o risco de perda da sua individualidade, avançar autonomamente sem suficiente garantia de disponibilidade materna traz a experiência do desamparo.

Para Mahler (1982), as repostas maternas são particularmente relevantes no instaurar desse novo equilíbrio: a mãe terá de continuar disponível, permitindo o vai-e-vem entre as necessidades de autonomia e de dependência, de exploração do mundo e de abastecimento afectivo, através de um nível superior de comunicação da criança, que pode agora vir a ser mediado pela linguagem, pelo início do jogo simbólico e partilha de actividade conjunta, mas também através de oposição e de expressão de agressividade.

Quanto menor a disponibilidade da mãe, mais desesperadamente a criança tentará seduzi-la e, em alguns casos, esta tentativa de garantir a proximidade rouba toda

a energia da criança que deveria estar canalizada para as funções autónomas do ego (Mahler, 1982/1963), obrigando-a a regredir, ou contribuindo para a fixação nesta sub-fase.

Neste período do seu desenvolvimento, a criança é particularmente sensível à omissão, à demora, à precipitação, ou paradoxalidade das respostas de amparo, auxílio, atenção e reabastecimento narcísico. As respostas desadequadas ou estimulação inoportuna acumulam-se em somatórios de micro-traumatismos, perturbando a continuidade do Self e gerando sentimentos de desamparo e de abandono (por indisponibilidade emocional do objecto), bem como de solidão e vazio interior (por não consolidação do introjecto objectal), como refere Coimbra de Matos (1994).

As dificuldades de consolidação do objecto interno justificam-se também pelo facto do conflito de aproximação-afastamento da figura materna mobilizar a clivagem como defesa contra a ambivalência gerada (Kernberg, 1985/1975), o que leva à separação das experiências da “mãe boa” e gratificante, e do direccionar do investimento libidinal, das experiências da “mãe má”, ausente e frustrante, e do direccionar do investimento agressivo, gerando ciclos de oscilação entra ambas.

Segundo Kernberg (1985/1975), na génese do funcionamento borderline há um excesso de agressividade que se torna ameaçadora por poder destruir as boas representações, excesso esse que impede a integração do “bom” e do mau”, amplificando o recurso à clivagem, à projecção e identificação projectiva, como veremos noutro capítulo.

A agressividade aumentada é insuficientemente gerida por estas defesas primitivas e o sujeito vai oscilar entre conter e agir a hostilidade, entre tentar defender-se, tornando-a inconsciente, e deixar-se inundar pelos impulsos agressivos (Coimbra de Matos, 1994). Para Kernberg (1985/1975), o excesso de agressividade poderá ter uma

origem na própria criança, associando-se às dificuldades de contenção e apaziguamento, ou sinalizar um excesso de frustração causada por cuidadores pouco sensíveis às suas necessidades.

Também para Aulagnier (2001/1975) há uma comunicação exagerada da violência na gênese precoce da patologia *borderline*. Laplanche (1989) fala de uma sedução perversora como uma experiência invasiva e carregada na relação dual, e Green (2005) afirma que a relação precoce está impregnada de destrutividade.

Uma das fontes do excesso de agressividade será a ausência de resposta de reconhecimento e de suficiente confirmação narcísica, ou até de crítica e de troça, tornando-se um factor particularmente patogénico nestes momentos de reaproximação. A criança espera atenção e interesse materno por aquilo que partilha, bem como contentamento pelo seu desempenho, mas não tendo as respostas esperadas, confronta-se com um acumular de frustração que gera ressentimento e ferida narcísica (Coimbra de Matos, 1994).

De acordo com Masterson e Rinsley (1975), a crescente autonomia da criança põe em causa o desejo materno de manutenção da proximidade. A mãe geradora de patologia, muitas vezes ela própria *borderline*, apresenta um desejo de fusão excessivo e sinaliza as tentativas de autonomia da criança com perdas de investimento afectivo ou com agressividade. A criança desenvolve uma ambivalência forte relativamente à mãe, às vezes cedendo à pressão materna para a relação de dependência, outras reagindo com evitamento e oposição agressiva.

O compromisso do desenvolvimento neste período crítico vai ser reactualizado em fases subsequentes de negociações da aproximação *vs* separação e individuação, despoletadas pelo processo de adolescência por exemplo, ou por acontecimentos das relações interpessoais, como perdas e rupturas amorosas.

O paciente *borderline* organiza-se em relações instáveis em que, ora procura uma fusão romantizada e idealizada com um objecto, ora sofre de estados de vazio e desamparo. A fusão com uma figura cuidadora afasta os sentimentos de vazio e inutilidade que o *borderline* sente e proporciona sentimentos de protecção contra possíveis experiências agressivas ou desestabilizadoras, mas traz igualmente o medo do engolfamento e de perda do Self, impedindo a autonomização e deixando-o vulnerável à angústia quando em relação próxima. Assim, as relações são sabotadas ou quebradas e geram-se ciclos viciosos de aproximação e ruptura que repetem o conflito com o objecto primário em fases subsequentes do desenvolvimento, como veremos no capítulo seguinte.

No fundo, trata-se de uma repetição que torna clara a dificuldade do *borderline* de evocar uma imagem interna estável de um bom objecto providenciador de cuidados (Kernberg, 1985/1975).

Na génese desta dificuldade podemos considerar o impacto da relação materna a dois níveis: por um lado a presença e qualidade da relação não é suficientemente boa para permitir instaurar a constância objectal (Winnicott, 1971), por outro a experiência de ausência materna transcende a possibilidade de simbolização que permitiria tolerá-la, tornando-se destrutiva do aparelho psíquico, no sentido de “buraco negro” que atrai e destrói os pensamentos (Bion, 1959).

Judy Gammelgaard (2010) retoma os conceitos de Winnicott para entender as falhas desenvolvimentistas dos pacientes *borderline*. Designa-os como pacientes da área intermédia, ou transicional, aplicando o conceito proposto por Winnicott (1971) à dificuldade que estes pacientes têm de se mover produtivamente, isto é criando ou brincando, entre a realidade subjectiva e a realidade objectiva, ligando e diferenciando ambas.



Segundo Winnicott (1971), a possibilidade de instaurar fenómenos e objectos transicionais, decorre de uma relação dual suficientemente boa, onde as respostas maternas de *holding* (no sentido de sustentação física e emocional integrada) permitem ao bebé uma continuidade de existir, e onde a contingência da apresentação da realidade externa a par do desejo da criança, gera a ilusão de criar o objecto. Decorrente desta experiência, que permite o desenvolvimento progressivo de uma área intermédia entre o eu e não-eu, a criança e a mãe, a separação e a reunificação, a criança evolui de um modo de existir como centro de um mundo totalmente subjectivo, para o sentido de si mesma como uma pessoa entre pessoas.

Para Milner (1969) a vida mental da mãe é a vida externa da criança. Antes de internalizar objectos, a criança internaliza a função de amparo materno, uma função de contenção. Ora no caso da patologia borderline, os impulsos infantis da mãe misturam-se com as suas tentativas de providenciar cuidados, não cumprindo o papel de barreira organizadora e deixando descontinuidades e confusão a um nível mais central da constituição do Self da criança. Assim, a relação dual perturba a continuidade de ser e a possibilidade criativa do eu, trazendo o risco de desintegração do Self. A mãe não se oferece como o fundo de continuidade capaz de sustentar o processo de integração das experiências de existência do Self em formação, levando a que haja nestes pacientes uma confusão entre Self e objecto, bem como uma noção interna de falta de coesão, como veremos noutro capítulo.

O fracasso da barreira organizadora e o seu impacto no Self pode ser compreendido à luz do que Didier Anzieu (1995) refere a propósito do eu-pele. Verificamos que nestes pacientes não houve suficiente diferenciação entre Self e objecto, fora e dentro, continente e conteúdo, na linguagem de Anzieu, a superfície de paraexcitação (externa) está justaposta à superfície de inscrição (interna). Esta última

deveria permitir a representação do que é filtrado pela primeira, mas neste caso elas não funcionam de um modo convergente, a superfície externa é demasiado adesiva, não gerando protecção que garanta a continuidade interna (sempre ameaçada por experiências que provocam descontinuidade e fragmentação). Daqui resulta que estes pacientes tenham de usar os outros como “carburantes” para proporcionar algumas experiências felizes (e o outro pode ser apenas uma substância, uma sexualidade funcional, etc.), na incapacidade de ligação ao sentir. Requerem hetero-estimulação, pois não encontram em si a energia necessária para se afirmar, criar situações felizes ou ligações. Ficam na dependência de uma referência externa, um prolongamento de funções infantis que não atingiram uma maturidade auto-regulada.

Como referimos, se por um lado é a insuficiente qualidade da relação materna que afecta a organização intrapsíquica do paciente borderline, por outro é também a experiência de ausência que se apresenta como perturbadora do desenvolvimento de um bom objecto interno nestes pacientes.

A criança consegue ir progressivamente sendo capaz de suportar ausências e descontinuidades da presença materna por intervalos de tempo maiores, uma falha de adaptação gradual (Winnicott, 1965), mas se a ausência materna for maior do que a capacidade da criança em evocá-la, a experiência de união termina, ou seja, a criança não é mais capaz de manter presente a imagem da mãe na sua ausência. Esta experiência só por si, não instaura o trauma se o reaparecimento da mãe permitir à criança reparar a união e cessar o estado de desespero. Mas se houver uma repetição excessiva e imprevisível, ou um desaparecimento mais prolongado da mãe, a criança já não encontrará possibilidade de fazer o mesmo e não conseguirá representar a ausência da mãe. O que ficará será uma ideia de colapso da sua continuidade de existência

(continuidade que só o *holding* materno possibilitaria). Mais do que poder representar a perda do objecto, fica aquém do objecto da perda, invadida de angústia.

Na mesma linha, Bion (1963) mostra como a *rêverie* materna insuficiente, deixa a criança invadida de experiências não pensáveis, aquém da possibilidade de elaborar a representação na ausência.

Fonagy, Gergely, Jurist e Target (2002) dão especial ênfase ao impacto das dificuldades da capacidade reflexiva materna nos défices de mentalização dos pacientes borderline. Para Fonagy e Target (1996), no desenvolvimento infantil normal a criança desenvolve a capacidade de reflectir sobre pensamentos e emoções, distinguindo o que é objectivo do que é subjectivo, através do que o adulto é capaz de lhe devolver no contexto de uma relação intersubjectiva. Para que haja esta capacidade reflexiva e de mentalização, implica que a mãe tenha de espelhar os estados mentais da criança de um modo em que a criança entenda a diferença entre a realidade experimentada (externa e interna) e a sua representação. Esta função materna falha no caso dos pacientes borderline. Se o adulto não for capaz de apresentar a dualidade integrada da experiência externa a par do estado mental da criança, de algum modo compromete a possibilidade de integração destas duas linhas, o que acontece no borderline.

Adler (1985) associa as dificuldades dos borderline ao facto de não terem adquirido uma memória evocativa sólida ao nível da relação de objecto, o que os leva a regredir em situação de angústia a memórias de reconhecimento, características de estados de desenvolvimento mais precoces. É pelas configurações de memória que permitem a construção de um objecto interno que a criança adquire autonomia progressiva, na medida em que vai conseguindo uma fonte de apaziguamento e tranquilização interna.

Pelos 8 meses de vida, a criança ganha a possibilidade de reconhecer o objecto como familiar, a memória está dependente do reconhecimento das pistas perceptivas presentes (por ex.: ver a mãe, ouvir a voz dela e estar ao seu colo) e sem estas não há ainda representação. Por esta idade reconhece igualmente a não-mãe como não familiar, o que provoca a *angústia do estranho* (Fraiberg, 1969). Quando a criança acede aos objectos transicionais, a sua memória de reconhecimento expande-se e apoia-se nas pistas intermédias (que esse objecto lhe permite) entre as experiências perceptivas e os traços mnésicos da sua representação interna da mãe.

Pelos 18 meses, a criança consegue recordar o objecto sem se apoiar em pistas externas, ou seja, começa a ter uma memória evocativa do objecto. Mas para que esta memória se constitua como uma representação estável e resistente aos factores de angústia, terá de ser organizada de um modo mais complexo. A representação do objecto é convertida em introjecto de maneira a desempenhar funções ao nível do Self, como proporcionar internamente o apaziguamento que era proporcionado pelo objecto externo, e a este introjecto são ligados os aspectos afectivos que estão implicados na relação com o objecto.

No paciente borderline a memória evocativa ficou comprometida nesta última evolução. O borderline precisa do objecto externo como ponto de apoio, pois os estados emocionais de angústia impedem o acesso à representação interna do objecto, representação que nunca adquiriu plenamente as funções de apoio necessárias ao Self, como referiremos noutro capítulo.

Acrescentemos por fim, uma outra experiência de ausência patogénica para a criança, a da presença indisponível da mãe, no sentido do que Green (1999) referiu como *mãe morta*, uma mãe indiferente, não responsiva emocionalmente, ou absorta num estado depressivo. Neste caso, há o investimento de um objecto presente-ausente,

insuficiente para a organização da vida psíquica da criança e ao mesmo tempo bloqueador da possibilidade de o desinvestir e substituir, ou seja, de realizar um processo de luto. A identificação com este objecto não é sentida como uma perda de amor, mas como uma perda de sentido, como uma falha, uma angústia branca, (Green, 1990) que põe em perigo a consistência da vida mental, levando o sujeito a comprometer a sua mentalização, ou a socorrer-se da realidade externa para lidar com o vazio da experiência negativa.



*“Com o meu namorado é um apego e desapego sempre e acabam em consumos brutais! (...) Quando consumimos é isso, um calor, uma ligação, mas claro que é uma fraude, no dia a seguir não está lá ninguém!”*

(A. 26 anos)

*“Houve uma namorada antes daquela que me rejeitou, em que no momento em que estava ter relações sexuais apetecia-me entrar todo no corpo dela e ficar lá, num só corpo... mas depois não conseguia estar com ela.”*

(M. 40 anos)

### **Representações relacionais: dificuldades de mentalização e instabilidade objectal**

A vida mental tem sido definida no contexto das abordagens psicanalíticas como um conjunto dinâmico de representações afectivas (Greenberg & Mitchell, 2003), sendo que as centrais e estruturantes do mundo interno do sujeito dizem respeito à representação da relação entre Self e objecto (Sandler, 1994).

Por representação afectiva entende-se a capacidade de evocar, ou seja de tornar presente na ausência, de um modo consciente ou pré-consciente, no espaço psíquico, um objecto ou pessoa que pertence ao mundo exterior (Perron, 2005).

A estruturação e qualidade das representações implicadas na relação de objecto servem de matriz para a construção de relações subsequentes, nomeadamente para as que apelam para uma maior profundidade do vínculo e que mobilizam de um modo notório os processos inconscientes: como a relação amorosa, a relação mãe-bebé, ou a relação analítica.

Apesar do desenvolvimento cada vez mais integrado e diferenciado a que são sujeitas desde a infância, estas representações nucleares ou engramas, continuam activas na mente adulta e influenciam o processo de pensar os próprios pensamentos

(Imbasciati, 2003/1998) e a diferenciação entre dimensões objectivas e subjectivas da experiência (Bateman & Fonagy, 2006).

Drew Westen (1991a) refere que as representações cognitivas, os desejos e as emoções ligadas às representações de pessoas significativas, bem como as fantasias e medos associados ao Self em relação com elas, são elementos críticos na mediação do funcionamento interpessoal, que é uma das principais áreas de queixa nas perturbações de personalidade.

Procidano e Guinta (1989) tentaram clarificar empiricamente o conceito de relação de objecto, avaliando as características afectivas e níveis estruturais da representação, e verificaram associação com a sintomatologia psiquiátrica. Também Diguer, Pelletier, Hébert, Descôteaux, Rousseau, & Daoust (2004) encontraram diferenças significativas no nível de integração das representações do Self e do Objecto entre pacientes com organização de personalidade psicótica, borderline e neurótica. Os resultados indicam uma integração das representações inversamente proporcional à severidade psiquiátrica e uma forte relação entre o nível de representação do Self e do objecto.

Reconhecendo que a psicoterapia trabalha ao nível das representações internas, Knox, Golberg, Woodhouse e Hill (1999) estudaram as representações que os pacientes de psicoterapia constroem dos seus terapeutas, verificando que os pacientes elaboram representações internas complexas dos seus terapeutas e usam-nas para facilitar a introspecção dentro e fora das sessões, sendo que a frequência e conforto associados à evocação dessas representações evolui à medida que a terapia avança.

É pela noção de objecto interno que o mundo psíquico de um sujeito adquire qualidade representacional (Urist, 2000). Green (1990) mostra como a representação do



mundo externo e interno se constitui como um pré-requisito a qualquer iniciativa do aparelho psíquico.

As representações do objecto estão intimamente ligadas às representações do Self e aos dinamismos da construção identitária. O objecto pré-existe ao sujeito e estabelece com ele uma ligação, da qual virá a depender a representação que o sujeito tem do objecto e a representação que o sujeito tem de si mesmo (Brusset, 2005). Coimbra de Matos (2001) evidencia igualmente que antes do sujeito poder representar um objecto interno, tem de se sentir representado na vida mental do objecto de relação.

Kernberg (1986) define as relações de objecto como internalizações, estruturas e reactivações clínicas (na transferência e contratransferência) das relações diádicas precoces, mas sublinha que aquilo que é internalizado não é a representação do outro, mas da relação entre o Self e o objecto. O mundo interno não é uma duplicação do mundo externo (Athanassiou-Popesco, 2006). Assim, as representações relacionais não são apenas a memória da relação estabelecida com outros significativos em momentos críticos do desenvolvimento (Greenberg & Mitchell, 2003), mas englobam também dimensões psíquicas inconscientes dos seus intervenientes (Bodner, 2005; Zelnick & Buchholz, 1990).

É a partir da experiência inconsciente a que chamamos objecto interno, uma experiência na qual o sujeito vive os seus objectos como que localizados no seu interior, que se desenvolve o processo de representação e a construção de símbolos (Bodner, 2006).

Além dos aspectos inconscientes implicados na representação, esta é considerada em estreita relação com as experiências de afecto (Hibbard, Hilsenroth, & Nash, 1995). Sem alguma representação do objecto há pouco investimento libidinal, sem investimento libidinal não há progresso na representação (Blatt, 2004). Os

trabalhos de Bion (1990/1962) mostram como os processos representativos emanam dos afectos profundos e inconscientes que são a base do pensamento, o que implica supor uma ideia rudimentar de objecto (como proposta por Klein), para conter e metabolizar os investimentos precocíssimos da vida mental, dirigindo-os para a evolução simbólica e para a construção do aparelho psíquico.

Os trabalhos de Daniel Stern (1985) sobre a interacção precoce enfatizam a dimensão afectiva, além das componentes perceptivas e motoras, como determinante na distinção entre unidades interiorizadas de experiências no mundo físico- *esquemas*, e no mundo relacional - *representações*. O modo como a criança apreende a imagem do objecto e a sua própria imagem depende do afecto, uma vez que o trabalho interior que implica não é apenas de abstracção, mas de ligação entre a criança e os seus objectos (Sandler, 1994). Para Sidney Blatt (2004), representação e relação são interdependentes: a natureza das relações de objecto determina o nível de representações ao qual o sujeito pode aceder e o estabelecimento de representações mais estáveis e diferenciadas suporta níveis mais organizados e satisfatórios de experiências relacionais.

Um terceiro aspecto importante, além questão dos dinamismos inconscientes e da centralidade do afecto, é a ligação entre representação e sensorialidade. Nesta linha, Manuel Matos (2007) faz uma interessante articulação do trabalho de D. Anzieu, E. Bick, M. Estrade, M. Utrilla, entre outros, onde mostra como os primeiros esboços representativos surgem do encontro entre a sensorialidade do bebé e a responsividade do objecto, permitindo a significação da experiência corporal.

Na construção das representações há um duplo investimento: endopsíquico e pelos órgãos dos sentidos, de uma representação supostamente interna e da sua percepção sentida como externa (Botella & Botella, 2002). É pelo acesso à representação que é possível abandonar o suporte perceptivo e começar a pensar. São as

representações que asseguram a passagem do somático ao psíquico e que permitem construir ligações entre afectos e acontecimentos significativos (Matos, 2007).

Nos conceitos de *psiquização* e de *passagens representativas* (Golse, 2002), de *mentalização* (Fonagy, 1995), ou de evolução do *nível sígnico* para o *nível simbólico* (Zusman, 2005), aparece a sensorialidade, organizada no contexto de uma experiência intersubjectiva, na base das operações de construção representativa. Falar de construção de representações implica, assim, considerar a íntima relação entre *soma* e *psique*, bem como o processo de elaboração diferenciadora e integradora na evolução de níveis perceptivos, pré-representativos, ou protomentais, para um mundo de representações internas estáveis.

Para Klein (1946), a formação de símbolos deriva primeiro da tentativa do ego de lidar com as ansiedades despertadas pelo mau objecto e depois da necessidade de lidar com a perda do bom objecto. É pela qualidade das boas experiências objectais que se dá o acesso à posição depressiva (Segal, 1964), correspondendo à integração das representações objectais. As experiências objectais, ao perderem a sua concretude, ou seja, ao tornarem-se representações, podem tornar-se objectos integrados que conjugam qualidades contrárias, um novo “bom objecto” na medida em que resiste à prova da destruição (Athanassiou-Popescu, 2006).

Este processo de construção de representações está necessariamente ligado ao objecto materno na sua origem, numa linguagem proximal de comunicação, de prosódia com continuidade corporal e afectos inconscientes, mas também requer a descontinuidade introduzida pela linguagem paterna do símbolo, pelas transformações de abstracção e de distanciamento relativamente à sensorialidade e ao concreto, que o acesso ao terceiro permite (Matos, 2007).

Podemos sublinhar duas formas complementares de entender a constituição da representação da relação objectal: pela presença introjectável, no sentido de introjecções construtivas (Coimbra de Matos, 2001) de elementos de experiências relacionais precoces suficientemente abastecedoras, responsivas e contingentes com as necessidades emergentes; e pela ausência, incluindo-se aqui a experiência de separação, de introdução de dessincronias de ritmo, de adiamento da gratificação, de perda da experiência sensorial desses elementos, que implique a sua substituição simbólica.

O objecto interno constrói-se no espaço entre a presença e a ausência (Fain & Kreisler, 1970). Nas relações humanas, os outros estão ausentes apenas na medida em que foram definidos como presentes na relação com o próprio. A ausência acontece relativamente a um laço particular a alguém, ou seja, a proximidade é um pré-requisito para dar sentido à ausência (Gammelgaard, 2010). Sem suficiente experiência de relação com objecto não haveria possibilidade de representação, mas é também da experiência de ausência, e consequente necessidade de dar sentido à dor da perda (Chabert et al., 1999), que nasce a representação do objecto. Assim, só na passagem da coincidência necessidade-resposta para a espera, para a não correspondência perfeita, se vai possibilitando a construção de representações internas da relação do Self com o objecto (Glose, 2002).

Ora aqui podemos já enunciar algumas das dificuldades do paciente borderline, que se ligam à sua história de desenvolvimento, como vimos no capítulo anterior. Por um lado, a experiência de presença de um objecto suficientemente bom (Winnicott, 1965) ficou perturbada, seja por restringir a saída da esfera simbiótica (Mahler, 1982), seja por uma responsividade insuficiente ou meramente funcional, diríamos *operatória*, uma “falsa presença materna” (Guex, 1973/1950) com recusa de amor incondicional, onde as necessidades de regulação emocional, a contenção da vida fantasmática e a

organização dos elementos intersubjectivos da experiência diádica não encontraram *holding* (Winnicott, 1965) adequado. Por outro, as experiências de privação, de ausência e de perda surgem como demasiado intensas e disruptivas para poderem ser geridas pela mente imatura, tornam-se traumáticas, e suscitam um excesso de agressividade não neutralizada (Klein, 1946) que bloqueia o processo de formação de representações estáveis.

Os pacientes borderline reclamam a presença do objecto, mas a realidade externa sem mediação simbólica impõe-se como intrusão e dificulta as introjecções positivas que permitiriam apaziguar os sentimentos de vazio e de falha. Porém, também a ausência e a perda, sem possibilidade de ligação à representação interna, ameaçam a estabilidade psíquica com a possibilidade de fragmentação do Self associada à experiência da angústia de abandono. A privação do contacto com o objecto gera frustração e raiva, afectos intensos que não encontram suporte adequado para serem transformados pelo aparelho psíquico, comprometendo o seu próprio funcionamento ao nível das ligações representativas (por exemplo com o uso de clivagens patológicas a debilitar a integração) e da regulação emocional (que mobiliza a via somática, ou a acção onde o aparelho psíquico fracassa).

A experiência com o objecto não permite suficientes introjecções construtivas, e o paciente borderline corre o risco de regressar ao uso de mecanismos mais rudimentares de construção da relação com o objecto: incorporação e fusão. Pela incorporação o objecto perde a sua distinção como objecto e é totalmente tomado para o interior da *psique*, pela fusão o Self perde a sua distinção e une-se inteiramente ao objecto (Adler, 1985).

O acesso a representações de objecto estáveis implica o desenvolvimento de processos de integração e de diferenciação (Diguer et al., 2004). A integração

corresponde à capacidade de ligar aspectos positivos e negativo do Self e do objecto em representações mentais coerentes e complexas, como é proposto por Klein, Bick, Meltzer ou Bion. A diferenciação reflecte a capacidade de subjectivação, ou seja, de manter fronteiras definidas entre a representação de Self e de objecto, como resultado de um processo de separação progressiva a partir de uma experiência sincrética inicial, como sugerido por Mahler ou por Winnicott.

Leigh, Westen, Barends, Mendel e Byers (1992) falaram de critérios de diferenciação, de complexificação e integração, e de experiência de afectos múltiplos, como qualificadores das representações objectais, distinguindo a patologia da normalidade e diferentes grupos psicopatológicos entre si.

Na mesma linha, Blatt, Auerbach e Levy (1997) propõem cinco pontos nodais no desenvolvimento da estrutura das representações mentais: 1) *constância dos limites* - que dá conta da capacidade de estabelecer e manter a separação entre Self e objecto ou entre Self e não-Self; 2) *constância emocional* - relativa à capacidade de estabelecer um vínculo emocional consistente; 3) *constância evocativa* - relativa à capacidade de estabelecer e manter uma relação emocional positiva com outro na sua ausência ou numa situação de conflito; 4) *constância do Self* - relativa à consolidação de uma representação de si mesmo coerente e estável no tempo, independente dos estados emocionais, como distinto ou separado e diferente dos outros; 5) *pensamento operacional* - relativo à capacidade de coordenar as relações ao longo de diversas dimensões que permitem a passagem da dinâmica dual à triangular e da intrafamiliar à extrafamiliar.

Cada um desses cinco pontos nodais aparece perturbado, ou insuficientemente estabelecido, quando analisamos a estrutura das representações do paciente borderline.

O paciente borderline não tem representações internalizadas suficientemente constantes, diferenciadas e completamente integradas (Kernberg, 1985/1975), nem a capacidade de gerir a ambivalência suscitada nas experiências contraditórias de relação com o objecto: presença e ausência, proximidade e afastamento, gratificação e frustração, segurança e desamparo, investimento e retirada de afecto, cuidado e agressão, amor e ódio... (Millon, 2004).

O paciente borderline confunde a ausência com o desaparecimento do objecto (Estellon, 2010), pois a perda objectal corresponde à perda da representação e gera um vazio com efeitos implosivos (Botella & Botella, 2002). A insuficiente internalização de boas experiências objectais e o excesso de agressividade, não passíveis de serem geridos por um aparelho psíquico imaturo, leva a que estes pacientes fiquem aquém da constância objectal (Bergeret, 1997).

Por terem sido forçados a aceitar um ambiente mental onde as ideias são demasiado aterrorizadoras e os sentimentos demasiado intensos para serem experimentados, os pacientes borderline desinvestem a sua capacidade de mentalização como defesa contra a desintegração psíquica (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

A par do desinvestimento do espaço interno e da possibilidade de elaborar no mundo psíquico os dinamismos da vida mental, como conflitos, perdas e faltas (Bender & Skodol, 2007; Chabert et al., 1999; Diguier et al, 2004; Fonagy, 1991), o paciente borderline solicita a realidade externa para suprir as lacunas de controlo e de preenchimento interno (Bergert, 1997; Coimbra de Matos, 1994; Knight, 1954). O vazio interno dá lugar a uma patologia da exterioridade (Chabert et al., 1999), onde as passagens ao acto e a apetência aditiva, bem como os padrões relacionais de oscilação entre dependência e ruptura são sintomas que aparecem com intensidade proporcional às dificuldades de mentalização destes pacientes (Fonagy et al., 2002).

Para Peter Fonagy (1995) a mentalização corresponde à faculdade que permite ao sujeito reconhecer a natureza psíquica das suas experiências, permitindo aceder ao nível simbólico e reflexivo de funcionamento que determina a qualidade das representações internas, bem como a qualidade e complexidade da articulação entre elas. A emergência da capacidade de mentalização está profundamente enraizada na relação com o objecto primário e no espelhamento significativo das experiências da criança, no contexto de uma ligação afectiva.

A criança só gradualmente consegue entender que tem sentimentos e pensamentos e só pouco a pouco se torna capaz de os distinguir (Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolò, & Procacci, 2007). Isto só acontece porque experimenta as suas vivências internas relacionadas de um modo significativo com um objecto de relação que as reconhece e lhes responde. Este objecto de relação tem ainda o papel de conter (Bion, 1990/1962) e espelhar de um modo introjectável as experiências da criança (Winnicott, 1960).

No espaço potencial entre sujeito e objecto de relação, de onde emerge a subjectividade da vida mental (Winnicott, 1971), o processo de mentalização vai-se construindo em termos desenvolvimentistas com a passagem de um modo de equivalência (*equivalence mode*) para um modo de faz-de-conta (*pretend mode*) (Bateman & Fonagy, 2006). A equivalência psíquica corresponde a um isomorfismo entre vida mental e realidade externa, a realidade psíquica surge como um duplo do exterior e os estados mentais são equivalentes a acontecimentos do mundo físico em termos de poder, causalidade e implicações. Não há uma clara diferenciação entre a qualidade da experiência subjectiva e a qualidade da experiência objectiva: por exemplo, se penso que uma pessoa me fechou a porta porque me quer rejeitar, é porque



me quer realmente rejeitar, ou seja, os pensamentos e sentimentos são tratados como dados objectivos da realidade, o que se pode tornar demasiado ameaçador.

O modo de faz-de-conta já toma em consideração a diferenciação entre o mundo subjectivo e objectivo, as ideias servem de ponte entre ambos, mas têm uma natureza simbólica e são tratadas como diferentes de dados objectivos da realidade externa, o que permite desenvolver articulações fantasiadas, ou uma linguagem interna mais complexa que virá a evoluir para uma capacidade de mentalização madura (Fonagy et al., 2002).

Os pacientes borderline têm uma falha de mentalização que diz respeito a um modo indiferenciado de representar a experiência interna relativamente à externa, continuando a utilizar modos infantis, aquém da maturidade das capacidades simbolizadoras e auto-reflexivas que estão implicadas na mentalização madura.

Nesta mesma linha, Gammelgaard (2010) mostra como a experiência transicional entre o bebé e a mãe, que liga o bebé à mãe e diferencia o eu do não-eu, no sentido winnicottiano do termo, não ficou conseguida no caso do paciente borderline, comprometendo o acesso à simbolização.

Estas falhas podem ser pontuais e determinadas por sobrecarga de pressão externa, ou dificuldades presentes em continuidade, colapsando temporariamente de modo mais severo face a experiências geradoras de angústia e de frustração. O colapso seria “uma espécie de implosão, a irrupção da percepção odiada sob a forma de terror irrepresentável: nenhuma representação, nenhuma percepção, somente o afecto desenfreado de um desamparo não-pensável e não figurável” (Botella & Botella, 2002, pág.73).

As falhas de mentalização no paciente borderline conduzem a disfunções nas relações interpessoais, e a actos impulsivos de violência e tentativas de suicídio, e podem ser de três tipos, segundo Bateman e Fonagy (2006).

Uma das possibilidades é regressar ao uso da equivalência psíquica (Bateman & Fonagy, 2006), o que conduz a um modo concreto de pensamento (operatório). O paciente borderline apresenta processos de pensamento dicotómicos, uma convicção inapropriada de estar certo, reclamações exageradas de saber o que está na mente do outro, uma adesão inquestionável ao estado que emerge na sua mente animado de força emocional, não passível de ser alterado ou completado por outras experiências ou dados apresentados. Esta falha de mentalização pode ainda explicar vivências de hostilidade paranóica do paciente borderline, ou as suas convicções de grandiosidade, ou ainda a idealização do objecto, confundindo receios ou desejos, com dados objectivos da experiência.

Outra possibilidade é de regressar ao uso do modo de faz-de-conta (Bateman & Fonagy, 2006), o que resulta numa pseudo-mentalização. Esta falha de mentalização faz com que haja uma separação entre aquilo que é da realidade subjectiva e o que é da realidade externa, porém quebra as pontes simbólicas e as ligações afectivas entre ambas. O discurso do paciente borderline parece não traduzir a sua experiência genuína, não ter relação com o interlocutor, ou até desprezar a experiência interna, focando-se apenas em aspectos concretos, ou no extremo oposto, dissociando-se e procurando significados num discurso emprestado, por exemplo de seita religiosa, ou de uma pessoa influente na sua vida, incluindo o discurso do próprio terapeuta.

Por último, pode ainda considerar-se outra falha de mentalização, com o uso de um modo teleológico (Bateman & Fonagy, 2006), onde as mudanças no mundo mental só são consideradas reais quando confirmadas por uma acção externa contingente com os desejos, crenças e sentimentos do paciente. Por exemplo, a regularidade e o processo relacional dentro da sessão não são suficientes para o paciente sentir a disponibilidade do terapeuta, reclamando chamadas telefónicas e alterações do horário das sessões

contingentes com as suas aflições para poder sentir essa disponibilidade. As acções substituem a própria mentalização ou parte dela (Linehan, 1993), como no caso de auto-mutilações ou comportamentos de risco, onde não há espaço psíquico para pensar a dor, ou a ideação suicida.

As dificuldades de mentalização do paciente borderline conduzem a dificuldades de regular emoções, resistir à frustração e controlar os impulsos, o que traz um impacto negativo nas suas relações pessoais (Bateman & Fonagy 2006; Fonagy, 1991; Fonagy & Target, 1996; Ryle, 1997; Gunderson, 2001; Linehan, 1993; Lioti, 2002; Ryle, 1990/1949; Semeari & Fiore 2007).

Linehan (1993) enuncia duas dificuldades de gestão emocional dos pacientes borderline que impulsionam os seus comportamentos de risco: a incapacidade de se auto-regularem ou auto-apaziguarem, derivada de experiências de infância invalidantes onde não foi possível internalizar essas capacidades; e a hipersensibilidade ou intensidade de resposta extrema a estímulos pequenos, como contrariedades e frustrações, o que se pode associar tanto a uma sobrecarga interna de situações de privação e frustração, como à vulnerabilidade do seu Self, como será explorado num capítulo seguinte.

As perturbações de sono crónicas destes pacientes (Selby, 2013) e os pesadelos frequentes (Selby, Ribeiro & Joiner, 2013) traduzem também estas dificuldades de mentalização e elaboração daquilo a que estes autores chamam *cascadas emocionais* - uma sobrecarga de emoções negativas não elaboradas que se precipita no psiquismo, quer quando o paciente está acordado, quer quando está a dormir. Muitos dos sonhos dos pacientes borderline podem ser considerados de tipo evacuativo e não elaborativo, usando os termos de Grinberg e Franch (1995), ou seja sonhos para se ver livre de um determinado afecto insuportável, ou uma determinada fantasia inconsciente, de

descarga, como equivalente ao *acting-out*, sem ser alvo do trabalho de mecanismos de elaboração.

Os estudos empíricos têm mostrado diferenças no conteúdo e na estrutura das representações das relações de objecto em pacientes com diferentes quadros psicopatológicos (Blatt & Lerner, 1983a; Lerner & St. Peter, 1984; Stuart, Westen, Lohr, Silk, Becker, Vorus, et al., 1990).

O mundo interno do paciente borderline compreende objectos cujas representações estão envolvidas de malevolência (Nigg, Lohr, Westen, Gold, & Silk, 1992; Westen, Lohr, Silk, Gold, & Kerber, 1990) e de ineficácia no apoio ao narcisismo (Bergeret, 1975) e às funções do ego (Chabert et al., 1999), apresentando relativa indiferenciação sujeito-objecto (Fairbairn, 1994/1952) e uma alternância frequente entre movimentos de idealização e denegrimiento do objecto, na impossibilidade de gerir a ambivalência (Coimbra de Matos, 1994), bem como o predomínio de sentimentos de destrutividade que comprometem a ligação objectal (Kernberg, 1986).

Nigg e colaboradores (1992) mostraram que os pacientes borderline têm representações malévolas do seu mundo objectal, os objectos são sentidos como agressivos e pouco apoiantes e as suas recordações de relações precoces trazem narrativas de ataques intencionais da parte dos cuidadores e experiências de falta de disponibilidade e de apoio. Também Bender e Skodol (2007) referem que a experiência objectal do paciente borderline é marcada por malevolência, interacções organizadas de acordo com a necessidade de ser cuidado, expectativas negativas na relação com os outros relativas a ser maltratado, desiludido ou ter a sua identidade subjugada, dificuldades em compreender múltiplas facetas da relação, recorrendo a visões dicotómicas que distorcem a realidade relacional e desenvolvendo padrões de relação

marcados pelo sofrimento, onde alternam entre posições sádicas e masoquistas que externalizam a experiência instável do seu mundo interno.

Goldstein (1983) mostra que há uma enorme dificuldade do paciente *borderline* em aceder a representações positivas das relações objectais, representações que envolvam calor afectivo, preocupação, cuidado, empatia, compreensão e dedicação. Estes pacientes parecem incapazes de evocar aspectos relacionais positivos quando em situação de frustração, angústia ou perda.

A experiência com o objecto reenvia o paciente *borderline* para uma mãe primitiva, paradoxalmente tanto mais insubstituível, quanto mais rejeitante e insensível aos pedidos de afecto da criança (Estellon, 2010), uma relação de objecto na qual o sujeito investe grande energia num movimento de esperança abortada e consequente ressentimento. O ressentimento conduz ao desejo de vingança, provoca a retracção, ao nível do narcisismo e a ruptura relacional, tendencialmente definitiva, duradoura e dissolvente da representação objectal, gerando vazio (Coimbra de Matos, 1994).

O domínio da agressividade compromete, quer as representações objectais, quer a integração do Self, deixando-o num estado de impotência e desorganização potencial (Kernberg, 1986). Tanto as ligações necessárias ao pensamento, como as que estruturam as representações do Self e do objecto ficam comprometidas por este excesso de agressividade, resultante de frustrações precoces. A clivagem, a projecção e as identificações projectivas tentam proteger ineficazmente as boas representações das pulsões agressivas e das partes más do objecto e do Self, mas enfraquecem igualmente a integração e impedem a evolução psíquica (Kernberg, 1985/1975).

Gerald Adler (1985) sugere uma dupla explicação para a instabilidade objectal no paciente *borderline*. Por um lado propõe uma hipótese de ambivalência ingerível que dá continuidade à ideia de Kernberg de um excesso de agressividade e de mecanismos

de defesa arcaicos, como a clivagem, a impedir a integração de bons e maus introjectos em representações totais e pós-ambivalentes. Mas por outro, refere que mais precocemente pode considerar-se uma hipótese de insuficiência, ao considerar a falha de introjectos que tragam funções de apoio, segurança e apaziguamento. As duas hipóteses são complementares, segundo o autor, na explicação da instabilidade das representações objectais e na explicação das vulnerabilidades do Self.

A experiência relacional dos pacientes borderline é marcada pela instabilidade (Schmideberg, 1959). Vivem histórias de descontinuidade com pessoas, contextos e objectivos, marcadas por finais abruptos e recomeços. Experimentam muitas vezes descontinuidades na sua própria vida, com tentativas de suicídio, ou outros comportamentos autodestrutivos (ex.: auto-mutilações, episódios bulímicos e consumo de substâncias).

Apresentam laços objectais tumultuosos que se expressam em padrões interpessoais caóticos (Greene, 1996). As relações têm ciclos de aproximação e de ruptura, movimentos de extrema dependência, alternados com afastamento e ataque à relação, bem expresso nas palavras de uma paciente relativas ao seu namorado, acompanhadas de um choro contínuo e que deixaram na sessão uma angústia maior do que aquilo que pôde ser dito: “De manhã adoro-o, à noite não suporto estar com ele (...) não sei quanto mais tempo ele aguenta isto... é terrível habituar-me a não precisar das pessoas”.

Embora muitos pacientes borderline consigam uma adaptação superficial à realidade relacional, na sua vida mais pessoal, ou seja, em relações que impliquem intimidade e profundidade, como uma relação amorosa, confrontam-se com grandes dificuldades: uma vivência de intenso sofrimento, um desespero constante, entrecortado

com retiradas depressivas ou episódios de desorganização agida (Estellon, 2010), uma “loucura privada” (Green, 1990).

Há uma procura ávida de uma relação dual com um objecto cuidador, numa tentativa de recuperar a simbiose incompleta da infância. A união com uma figura protectora seria a solução para apaziguar os sentimentos de vazio e de falta de valor, ou até mesmo de falha de continuidade de existência do paciente borderline. Segundo Coimbra de Matos (1994), a simbiose é difícil de largar porque foi insuficiente, o que gerou experiências de desamparo e de ameaça à integridade do Self, ficando a perdurar na vida adulta o conflito não resolvido à volta da separação do objecto primário, ou dos seus representantes. O paciente borderline continua à procura da segurança perdida e da resposta a uma necessidade ilimitada de amor, cujo protótipo seria a fusão primitiva da criança com a mãe (Guex, 1973/1950).

Também Chabert et al. (1999) referem as necessidades de dependência destes pacientes, que se reactualizam na experiência psicanalítica, diferenciando-as das que se encontram na neurose histérica, uma vez que no lugar da busca ávida do objecto num registo erotizado, encontramos aqui uma necessidade regressiva concreta de controlo agressivo sobre o outro. Em vez de funcionarem ao nível da representação simbólica do desejo, suprimido da consciência pelo recalçamento, estes pacientes apresentam-nos um funcionamento ao nível do objecto propriamente dito (Chabert et al., 1999) e uma “cegueira” de funcionamento (Gammelgaard, 2010) aquém da representação, sendo a perturbação agida, sobretudo no modo de relação entre o sujeito e o objecto. Há, assim, um sobreinvestimento dependente dos objectos externos (Fairbairn, 1994/1952) que tenta compensar a fragilidade dos objectos internos, sentidos como insuficientes e pouco confiáveis.

As relações do paciente borderline têm um carácter anaclítico (Bergeret, 1975), ou seja, o objecto serve de suporte à continuidade identitária, de apoio ao narcisismo e é eleito pela função de gratificação das necessidades do sujeito, ou substituído se trouxer experiências de frustração. O paciente borderline externaliza na realidade interpessoal um conflito de ambitendência relativo ao impossível afastamento do objecto excitante e frustrante que foi incorporado (Fairbairn, 1994/1952). O objecto externo faz as vezes do objecto interno e o sujeito sente que se se colasse ou agarrasse o suficiente, conseguiria manter a permanência das coisas da sua vida (Rosa & Pinheiro, 2003).

Outra possibilidade de gerir a relação com o objecto é construir outros objectos de dependência, como substâncias tóxicas, devolvendo ao sujeito a ilusão de controlo sobre a fonte de gratificação (Estellon, 2010).

Estudos empíricos mostram que os pacientes borderline adultos apresentam padrões de vinculação insegura e esquemas de relação entre o Self e o outro mais egocêntricos do que pacientes com perturbações de humor, ou mesmo pacientes com perturbações psicóticas (Bell, Billington, Cicchetti, & Gibbons, 1988).

A falha de uma imagem internalizada estável da figura de vinculação, como presença disponível, abastecedora e tranquilizadora, leva estes pacientes a terem extrema dificuldade em desenvolver perícias de autonomia e maturidade (Coimbra de Matos, 1994), regredindo a estados de maior dependência, ou negando-a em comportamentos agidos de pseudo-independência mal sucedida (Millon, 2004), leva-os igualmente a uma grande intolerância à solidão e à incapacidade de estar só.

Este fracasso da capacidade de estar só, no sentido proposto por Winnicott (1958), comporta duas lacunas no caso do paciente borderline: por um lado, a dificuldade em aceder ao seu mundo interior e de manter uma continuidade do seu pensamento e ligações; por outro, a centralidade da experiência de falta (Rosenfeld,



1963), ou insuficiente abastecimento de uma presença disponível e não interferente que garantisse a possibilidade de individuação (Gammelgaard, 2010).

Embora aquém de uma verdadeira experiência de amor objectal, esta relação funcional com o objecto anaclítico é imprescindível para a sobrevivência psíquica do paciente borderline, uma vez que não houve a internalização de funções de suporte, auto-regulação e estruturação ao nível do Self (Kohut, 1977), daí que o objecto seja apressadamente substituído caso seja posto em causa com experiências de ausência, ameaças de abandono, ou antecipação de atitudes de rejeição e de indisponibilidade para abastecer o sujeito.

Se a dependência relacional é uma necessidade do paciente borderline, é também uma realidade contra a qual ele tem de se defender (Millon, 2004). Harry Guntrip (1983) referiu a propósito dos pacientes esquizóides que estes reclamavam um investimento captativo, uma exigência de amor como alívio para o estado de terror e de angústia em que se encontravam, mas demonstravam ao mesmo tempo uma recusa da relação, pelo perigo que sentiam de destruir o objecto, de o devorar ou estilhaçar.

Ora no paciente borderline também há uma exigência de amor captativo, sobretudo requerendo o abastecimento que falhou na relação primária, e também a proximidade com o objecto não é tranquila, obriga a mobilizar defesas contra a ameaça de perda dos limites do Self, um Self em risco de se confundir com o objecto que será sentido então como intrusivo.

A internalização da representação do objecto antes das fronteiras do Self estarem completamente definidas afecta a criação de um sentido de Self coerente, pois dá-se a incorporação de uma parte sentida como estranha na sua própria estrutura (*alien self*), e que faz com que os sentimentos e pensamentos associados a esse objecto introjectado sejam sentidos como mais reais do que os derivados das experiências genuínas do Self.

Assim, o sujeito recorre a mecanismos projectivos e de identificação projectiva para se libertar desse elemento estranho e desligado do Self, o que não só perturba a relação externa, como a consistência do mundo interno do paciente borderline (Fonagy et al., 2002).

Depender de um objecto traz um duplo perigo para o paciente borderline: de ficar exposto na sua vulnerabilidade, sentindo-se desamparado e em risco de fragmentação na ausência do mesmo; e de experimentar uma intrusão destrutiva de um objecto rejeitante que coloca em perigo a sua individualidade, precariamente definida. Trata-se de uma dupla ameaça ao Self, que gera intensos ciclos de angústia de separação e de intrusão (Bender & Skodol, 2007; Green, 1990; Misencik, 2002), como veremos noutro capítulo.

A intensidade da angústia relativa à gestão da proximidade entre Self e objecto, bem como a imaturidade do seu aparelho psíquico, leva os pacientes borderline a usarem defesas arcaicas (Klein, 1946), mudando rapidamente da idealização do outro, correspondente à projecção de aspectos bons do objecto clivado, para o denegrimento ou desvalorização total, correspondendo à projecção do mau objecto, também clivado (Charrier & Hirschelmann-Ambrosi, 2006). Como há uma relativa indiferenciação entre Self e objecto, a idealização onipotente do objecto cumpre a função de posse de um protector, restaurando a ilusão de fusão ideal perfeita, bem como o denegrimento abrupto espelha a incapacidade de aceitar falhas no objecto que fazem perigar a continuidade narcísica do Self, revelando a sua falha básica e desamparo.

As relações externas destes pacientes espelham estas dificuldades internas de aceder a um espaço psíquico com representações relacionais diferenciadas, estáveis e suficientemente boas (Grey & Losardo, 1991), como mostra a caracterização dos ciclos

interpessoais típicos do paciente borderline apresentada por Semerari e Fiore (2007): ciclo *invalidante*, ciclo *alarmado*, e ciclo *protector*.

No ciclo *invalidante*, o paciente borderline projecta na relação a malevolência do seu mundo interno, espera encontrar no outro agressividade, crítica e atitudes sádicas, face às quais se tenta defender atacando e gerando no outro os sentimentos de falta de valor e de falta de amor que se enraízam na sua experiência objectal, mas aos quais não consegue aceder de um modo mentalizado.

No ciclo *alarmado*, o paciente borderline vê-se como frágil e vulnerável, no limite de perder o controlo, a sanidade mental e a capacidade protectora, o que o leva a agir na relação de um modo caótico e perigoso e a gerar no outro igual estado de alarme, preocupação e angústia, o que ainda amplifica mais a sensação de vulnerabilidade do borderline.

Por último, no ciclo *protector*, o paciente borderline estabelece uma relação intensa com o outro na esperança de obter o abastecimento afectivo e a protecção de que necessita, idealiza frequentemente o outro e produz uma escalada de exigências de natureza infantil que, quando não são atendidas, geram profunda frustração e eventual quebra da relação.

Também M. Linehan (1993) referiu dois tipos de padrões relacionais dos pacientes borderlines que pediam ajuda terapêutica: os que estabelecem relações muito rápidas, intensas e marcadas pela dependência, quer com os seus terapeutas, quer fora da terapia; e os que têm dificuldade em ligar-se ao terapeuta e flutuam dentro e fora da terapia, interrompendo os processos, faltando às sessões, mudando de serviço, com uma vida pessoal igualmente marcada por descontinuidades e quebras.

Concluindo, a instabilidade do mundo interno do paciente borderline revela-se num universo de relações interpessoais marcadas pela descontinuidade, onde a relação

terapêutica não escapa aos sofridos movimentos de oscilação entre aproximação e ruptura.

*“Descarreguei na minha cadela e ela volta sempre para mim a ganir, fico furiosa! Já não tenho namorado. Tivemos uma discussão hoje de manhã porque acho que ele só gosta de uma parte de mim, o resto é o que ele tem de comprar. Ele não entende que eu sou assim, diz que vou ter de me curar... não aceita eu estar mais ausente e dormir afastada na cama.”*

(A. 26 anos)

*“Sou um bocado sensitivo, entendo logo se as pessoas são boas ou más, tenho essa percepção.”*

(J. 37 anos)

### **Sistema defensivo: a centralidade da clivagem e as passagens ao acto**

Os mecanismos de defesa do Ego são um conjunto de operações que tentam reduzir ou evitar ameaças ao Ego, em termos de constância, de integridade e estabilidade narcísica (Rouan & Rouvier, 2004). As defesas são configurações psicológicas inconscientes que mantêm o equilíbrio intrapsíquico, minimizando o conflito e gerindo a ansiedade derivada de fontes de tensão internas (pulsionais) e externas (exigências relacionais e de adaptação à realidade). Os modelos psicodinâmicos relacionais acrescentam ainda à visão clássica das defesas a noção de protecção do Self nuclear ou autêntico (Bateman & Holmes, 1998).

Segundo Otto Fenichel (1946), as defesas não actuam isoladamente, mas organizam-se num sistema defensivo, que tanto pode ser bem-sucedido como fracassar, mediante as exigências encontradas. Podemos considerar que as defesas são bem-sucedidas quando geram a cessação do que se rejeita, e ineficazes quando levam à formação de sintomas, exigem a repetição do processo de rejeição e fracassam parcialmente na sua função de impedir a irrupção dos impulsos rejeitados, comprometendo a homeostasia intrapsíquica e a adaptação do Ego.

A organização defensiva é única em cada indivíduo, uma vez que deriva da história de desenvolvimento da interacção entre as características pessoais e as experiências relacionais conscientes e inconscientes.

No entanto, a articulação entre o nível de maturidade dos mecanismos que compõem o sistema defensivo (associado ao desenvolvimento do Ego) e a elaboração do tipo de angústia central (de morte, de desamparo, de perda do amor do objecto, de castração ou de punição superegóica) é diferente em quadros psicopatológicos distintos (Oloff, Godaert & Urist, 1991).

Nancy McWilliams (2005/1994) refere que é mais pela ausência de defesas maduras do que pela presença de defesas primitivas que podemos detectar patologias mais severas, como a psicose, ou a patologia borderline. Esta autora apresenta uma caracterização do sistema defensivo que engloba processos defensivos primários (imaturos, primitivos ou arcaicos) e processos defensivos secundários (de nível superior ou maduros).

Os processos defensivos primários reportam-se a épocas mais precoces do desenvolvimento, envolvem as fronteiras entre o Self e o mundo exterior, e funcionam de modo global e indiferenciado, fundindo dimensões cognitivas, afectivas e comportamentais (ex.: retirada, controlo onnipotente, clivagem, idealização primitiva, projecção, identificação projectiva, etc.).

Os processos defensivos secundários são mais tardios em termos da sua formação, lidam com as fronteiras entre as instâncias intrapsíquicas, e realizam transformações específicas no pensamento, no sentimento, no comportamento, ou na articulação dos mesmos (ex.: recalcamento, racionalização, deslocamento, formação reactiva, etc.).

Zanarini, Weingeroff e Frankenburg (2009) estudaram os mecanismos de defesa associados à perturbação de personalidade borderline, comparando estes pacientes com pacientes com outros diagnósticos de eixo II, e verificaram que as defesas ligadas a acções desadaptativas (*acting out*) e as defesas de distorção de representação (nas quais se inclui a clivagem e a identificação projectiva) apareciam com médias significativamente mais elevadas nos pacientes borderline, permitindo diferenciá-los dos grupos de comparação.

A clivagem é o mecanismo de defesa central no funcionamento borderline (Estellon, 2010; Green, 1990; Kernberg, 1985/1975; McWilliams, 2005/1994; Widlöcher, 1994). Como defesa que é, constitui-se como estratégia inconsciente para proteger o Eu de ser invadido pela angústia.

A clivagem é um mecanismo de divisão que permite separar aspectos da experiência de relação objectal com valências contraditórias (Rouan & Rouvier, 2004), protegendo o Ego de uma ambivalência com a qual não é capaz de lidar, da invasão pela angústia fragmentadora da sua integridade, e do sofrimento depressivo associado à separação ou perda do objecto.

Embora a clivagem possa ter pertinência adaptativa, num determinado tempo e situação (constituindo até os alicerces das funções de discriminação cognitiva), ao prolongar-se, intensificar-se e rigidificar-se, torna-se patológica, ou espelha as dificuldades inerentes ao funcionamento borderline que aqui caracterizamos (Coimbra de Matos, 2002; Estellon, 2010). A clivagem interfere no acesso à representação e formação simbólica, no *insight* ou acesso à experiência subjectiva (levando a descargas no agir, ou somatizações) e na capacidade de adaptação à realidade, comprometendo os processos de escolha e de diferimento da satisfação (Coimbra de Matos, 2002).

Trata-se de um mecanismo relativamente primitivo, arcaico ou imaturo (Bateman & Holmes, 1998; McWilliams, 2005/1994) por se associar a formas precoces de funcionamento em termos desenvolvimentistas, um funcionamento esquizoparanóide (Klein, 1946), característico da psicopatologia do espectro psicótico ou pré-depressivo.

Estes mecanismos de defesa mais primitivos desempenham quatro funções do Ego: defesa contra a angústia, descarga de impulsos pré-genitais, um movimento desenvolvimentista (através da identificação introjectiva e projectiva do Ego com o objecto) e comunicação não-verbal de estados emocionais (Hinshelwood, 1991/1989).

Ondrej Pec, Petr Bob e Jiri Raboch (2014) realizaram um estudo empírico sobre a clivagem, comparando pacientes com esquizofrenia com pacientes com perturbação de personalidade borderline. Os resultados mostraram que a clivagem era uma defesa usada mais frequentemente pelos pacientes borderline, quando comparados com pacientes esquizofrénicos. Nos pacientes borderline, a clivagem parecia surgir de um acréscimo de tensão, enquanto nos pacientes esquizofrénicos parecia ser o espelho da falta de coesão dos processos mentais. Nos pacientes borderline a clivagem conduzia à instabilidade mental, revelada por mudanças bruscas e intensas na experiência emocional dos objectos e do Self, enquanto nos pacientes com esquizofrenia parecia ser a fragmentação mental (e debilitação dos processos cognitivos) que conduzia à clivagem das associações, relacionando-se com piores resultados de fluência verbal.

Quando mantida patologicamente em etapas subsequentes do desenvolvimento, a clivagem, permite apenas uma rudimentar gestão da angústia que ameaça o Self e uma insuficiente neutralização da agressividade (Kernberg 1985/1975). É um mecanismo pouco exigente em termos de contra-investimento e debilita a força integradora do Ego, bem como o trabalho das funções superiores do mesmo (de simbolização e de gestão intrapsíquica do conflito).



Uma das primeiras questões a pensar será a de entender qual o alvo desta defesa e em que medida garante uma relação entre a homeostasia interna e o mundo externo: defesa contra o impulso, o derivativo da pulsão, a perda objectal, ou fracassos do ambiente relacional? (Cooper, 1989).

Nos trabalhos clássicos da psicanálise (Freud, 1927; Breuer, 1911) aparece a noção de *Spaltung* para se referir a possibilidade de coexistência de dois domínios ou personalidades que se ignoram mutuamente, o que acontece em pacientes com uma ruptura grave da sua vida mental, num funcionamento psicótico que afecta o seu pensamento e o contacto com o mundo exterior. Em Breuer (1911) o termo aparece sobretudo ligado ao funcionamento esquizofrénico, em Freud aparece também na caracterização do funcionamento perverso, nos trabalhos sobre fetichismo, associando-se à negação da angústia de castração.

Ora no paciente borderline, não há uma clivagem intensa do Eu e do objecto como no paciente psicótico, levando a uma angústia que ataca activamente a ligação e o pensamento (Bion, 1959), mas sim uma submissão à clivagem das representações objectais (Klein, 1946), de modo a abolir a angústia de perda de objecto (objecto necessário como apoio integrador) e consequente risco de fragmentar o Ego (Fourcade, 1997).

Uma tarefa essencial do desenvolvimento e integração do Ego é a síntese de introjecções ao serviço da constituição do Self, faculdade à qual se opõe o uso da clivagem patológica e que está debilitada no paciente borderline.

No início da vida mental, o Ego não tem ainda essa capacidade integradora de experiências positivas e negativas (Klein, 1946) e mantém apartadas experiências objectais sentidas como “inteiramente boas”, quando ligadas à *libido* e à gratificação, e “inteiramente más”, quando ligadas à agressividade e à frustração.

Através de sucessivos equilíbrios entre introjecção e projecção, tentará tomar para a construção da sua vida psíquica as boas e libertar-se projectivamente das más que, sendo projectadas para o exterior, ou para o interior do objecto (por identificação projectiva), aumentam a angústia e a ameaça sentida a partir de fora e não de dentro.

Se este tipo de funcionamento esquizoparanóide se constitui como uma primeira forma de organização da vida mental normal e dos seus limites (dentro/ fora, gratificação/ frustração, *libido*/ agressividade, seio bom/ seio mau...), deverá ser ultrapassado para dar lugar à integração do Self e da representação do objecto e gestão da ambivalência afectiva, na posição depressiva - viragem fulcral na vida mental do bebé, proposta por Klein (Segal, 1964).

Como para Klein (1946) o desenvolvimento da integração do Self e do objecto ocorre a par, a clivagem objectal associa-se a clivagens do Ego, sendo que podem ter um efeito organizador rudimentar (bom/ mau), mas também um efeito não coerente e fragmentador, confundindo os limites entre Self e objecto e impedindo a diferenciação e separação subsequentes (Mahler, 1971).

Ao internalizar uma relação de objecto estável, tarefa que se atribui à posição depressiva (Segal, 1964), o Ego tem de lidar com duas questões centrais: diferenciar as imagens do Self das imagens do objecto, resultantes de introjecções e identificações precoces; e integrar as experiências do Self e do objecto construídas sob influência da vida pulsional libidinal com aquelas que têm influência da vida pulsional agressiva.

Para Kernberg (1985/1975) é esta segunda tarefa a que mais está comprometida no funcionamento borderline. A clivagem característica do paciente borderline aparece justamente para lidar com esta dificuldade de integração. Para este autor, e seguindo o pensamento kleiniano, a conjugação de experiências libidinais e agressivas possibilitaria a neutralização do “excesso de agressividade” e ameaças de destruição daí decorrentes,

neutralização que aconteceria com a conjugação de introjecções e identificações de qualidades opostas, integradas e sintetizadas em representações mais complexas e realistas do Self e do objecto. O uso da clivagem não permite essa integração e esse efeito neutralizador, o que debilita o Ego. Por sua vez, um Ego frágil vai usar mecanismos de defesa menos exigentes em termos de contra-investimento e a clivagem é um deles, mantendo-se assim um ciclo vicioso em que clivagem e fragilidade do Ego se reforçam mutuamente (Kernberg, 1985/1975).

Seguindo o pensamento de Kohut, Estellon (2010) refere dois tipos de clivagem: a clivagem horizontal e a clivagem vertical. A clivagem horizontal diz respeito à dificuldade afectiva de lidar com uma ambivalência ingerível que produz efeitos a três níveis: 1) ao nível da valorização do objecto, ora idealizado, ora denegrido; 2) ao nível do narcisismo do Self, oscilando entre um sentimento de grande vazio e ferida narcísica (Balint, 1968) e a sua negação com uma onipotência primitiva (Klein, 1946); e 3) ao nível do pensamento, que se torna maniqueísta (bom/ mau, verdadeiro/ falso, normal/ louco...).

A clivagem vertical diz respeito a um separar mais estrutural de uma parte do Self sentida como verdadeira e genuína de outra falsa (Winnicott, 1960), ou uma zona de não-contacto onde o sujeito está inteiramente só (Fairbairn, 1994/1952), ou seja uma clivagem que põe em risco a própria força de integração do Eu, que traz um risco de fragmentação. Claro que os dois tipos de clivagem têm uma estreita relação entre si no funcionamento borderline.

A clivagem é o mecanismo de defesa central do funcionamento borderline, todos os outros mecanismos descritos pelos autores kleinianos são secundários à clivagem (Green, 1990). Alguns desses mecanismos arcaicos, em estreita relação com a clivagem,

são: a idealização e a desvalorização primitivas, a denegação, a projecção e a identificação projectiva (Widlöcher, 1994).

A idealização primitiva do paciente borderline é diferente da idealização usada pelo paciente com depressão, não espelha uma relação privilegiada com um objecto de amor, e aqui não se trata de proteger o objecto da agressividade do sujeito, nem o Eu da culpabilidade inconsciente, mas de garantir um “bom objecto” perfeito, que não desiluda e que sirva de protector contra os ataques dos “maus objectos” e contra a realidade angustiante que ameaça o Eu.

Este objecto deve servir para gratificar as necessidades do Eu e permitir uma identificação onipotente, não sendo por isso considerado como podendo ter a menor falha, ou dotado de necessidades próprias. Assim que a perfeição deste objecto é posta em causa, cai-se no pólo oposto, numa desvalorização total, mas que também ela não dá possibilidade de elaboração de sentimentos de pena, nostalgia ou tristeza, pois não se mantém a par da representação das boas experiências, ou de um tempo relacional satisfatório, partindo-se facilmente para a substituição rápida do objecto, actualmente sentido como insatisfatório ou frustrante, por outro diferente. É a clivagem que permite esta viragem e possibilita que o Eu evite os sentimentos de perda e de desilusão, mantendo a sua onipotência defensiva com um novo objecto protector e perfeito, do qual é profundamente dependente.

O sujeito alterna entre uma relação exigente e de enorme dependência de um objecto idealizado e fantasias de onipotência mágica do seu Eu, realmente um Eu frágil e lesionado no seu narcisismo (Kernberg, 1985/1975).

Um outro mecanismo arcaico característico do funcionamento borderline, e que interfere com a relação entre o Self e o objecto, é a identificação projectiva (Klein, 1946), mecanismo que permite o fantasma inconsciente de introduzir partes do Self no

interior do objecto, com o intuito de o controlar, possuir ou destruir, ao jeito da introdução da mão no interior de um fantoche (metáfora usada por Brusset, cit. por Charrier & Hirschelmann-Ambrosi, 2006).

Através da identificação projectiva, o paciente borderline tenta fazer do outro um duplo imaginário de si que garanta a sua identidade. Ao projectar partes clivadas do Self para o interior de um objecto, o sujeito fica confundido com o objecto. A necessidade de controlar o objecto advém desta indissociação sujeito-objecto, uma vez que perder o objecto equivale assim perder partes do Self, e é proporcional à possível ameaça de ataques provenientes de um objecto animado pela agressividade e “partes más” que nele foram delegadas.

A denegação é outra das defesas arcaicas que se conjuga com a clivagem, permitindo o isolamento e exclusão de representações contraditórias, ou que evocam ambiguidade, elementos esses que são evacuados para o exterior através de mecanismos projectivos. Esta defesa compromete também o reconhecer e gerir de experiências com uma carga emocional intensa: o luto, a perda e a separação, podendo impedir de um modo mais ou menos total o sentir da tristeza e o elaborar do sofrimento a ela associado.

A denegação associada à clivagem compromete a continuidade integradora da memória emocional, ou seja, mesmo tendo uma noção racional de um passado e de um presente, o paciente borderline não consegue evocar significativamente memórias de dois tempos que tenham valências afectivas contrárias, ou ligar dois estados do Self diferentes; ora nega a memória, ora nega o presente, ora nega um aspecto, ora outro, criando oscilações alternantes, mas não síncrese da complexidade. Este mecanismo também pode actuar entre a experiência subjectiva e a realidade externa, levando a muito pouca possibilidade de contacto com o seu mundo interno, ou a alguns episódios pontuais de perda de contacto selectivo com a realidade. Assim, embora as funções do

pensamento estejam preservadas, o sujeito não consegue integrar os aspectos dos quais a sua mente toma consciência com a experiência de activação emocional, a denegação impede também que certas experiências possam sequer ser mentalizadas quando as emoções intensas parecem intoleráveis.

André Green (1990) refere-se à exclusão somática e à expulsão pelo agir como dois mecanismos que levam a que o paciente borderline evite a sua realidade intrapsíquica. Também Bergeret (1996) falava numa angústia decorrente de um segundo traumatismo desorganizador, não manejável por um sistema defensivo arcaico e com três destinos possíveis consoantes o grau de solidez do Ego: a via neurótica, a via psicótica ou a via psicossomática, quando a falha da função de representação é determinante (Charrier & Hirschelmann-Ambrosi, 2006).

Na exclusão somática, o conflito não é elaborado ao nível psíquico como numa conversão, mas dá-se um desligar entre *psique* e *soma*, com a exclusão do *soma* e o *acting* dirigido sobre o corpo, de modo a evitar a desintegração do Eu. A expulsão pelo agir é a versão externa do *acting in* psicossomático, com o mesmo valor evacuativo da realidade psíquica, levando o conflito para a fronteira com a realidade externa, impedindo a elaboração ou função comunicativa.

A estes dois mecanismos que impedem a elaboração da realidade psíquica, Green (1990) associa outros dois que actuam no espaço mental do paciente borderline: a clivagem, mecanismo central como já referimos, e o desinvestimento ou depressão primária. Estes mecanismos actuam-se adentro da vida mental, comprometendo-a ao nível da força estruturante e integradora (a clivagem) e ao nível da manutenção viva dos conteúdos mentais (escoamento para um estado de vazio e de perda aquém da possibilidade de ser elaborada como tal).

Os pacientes borderline defendem-se da dor psíquica ligada à experiência da perda, trocando o pensamento pela acção, o que impede justamente a elaboração psíquica da experiência depressiva (Grinberg, 1968). As passagens ao acto (ou *acting out*) implicam um funcionamento regressivo, a um nível pré-verbal, através do qual a tensão geradora de angústia se pode descarregar directamente na acção, sem recurso ao pensamento e sem acesso às representações psíquicas (Bateman & Holmes, 1998).

No *acting*, há um domínio do Id sobre o Ego, através de um Superego primitivo que incorpora demandas tirânicas (Grinberg, 1968). Através da clivagem, uma parte do Self fica identificada com um objecto idealizado de um modo primitivo e onnipotente e outra parte tenta adaptar-se à realidade. No entanto, trata-se de uma pseudo-adaptação que se constitui como um ataque ao real e aos limites que ele impõe.

Segundo Grinberg (1968) o *acting* seria como a construção de um sonho, através do qual o paciente tentaria modificar aloplasticamente o objecto para o transformar de autónomo em depositário dos conteúdos delegados através da identificação projectiva, ou seja, uma forma de transformar elementos da realidade em elementos do processo primário.

Podemos pensar o *acting* do paciente borderline de dois modos: revelando uma procura do apoio para a elaboração psíquica que faltou, ou traduzindo um aspecto evacuativo da sobrecarga dolorosa.

Tal como encontrámos uma procura de anáclise ao nível da relação objectal, a própria experiência emocional destes pacientes pede um alvo externo capaz de a suportar para a dirigir e limitar, na ausência de um ponto de apoio interno a partir do qual ela se instaurasse de um modo ligado e auto-regulado. A acção sobre a realidade poderá surgir, não em substituição do pensamento, mas como aquém do pensamento e

buscando uma forma mais rudimentar de organização, como faz uma criança em níveis sensório-motores de desenvolvimento, antes de aceder à simbolização.

Por outro lado, a severidade e o carácter evacuativo do *acting* aproximam os pacientes borderline do funcionamento psicótico e permitem-nos compreender o risco de destruição a que estes pacientes se sujeitam através das manifestações impulsivas, de comportamentos auto-lesivos ou para-suicidários e de tentativas de suicídio.

Segundo Gunderson (2008), 75% dos pacientes com patologia borderline apresentam (ou já apresentaram) comportamentos auto-lesivos (sendo o mais frequente deles o cortar-se). Shearer (1994) investigou as funções indicadas pelos pacientes borderline para esses comportamentos, verificando que 59% referiam que a dor física servia para ultrapassar a dor psíquica, 49% indicava que servia de punição do Self por ser “mau”, 39% como forma de controlar os sentimentos, 22% indicava que era um meio de exercer controlo, para 22% era também uma forma de expressar raiva e para 20% um modo de sentir, de ultrapassar um estado de anestesia e de vazio.

VanDerhei, Rojahan, Stuewig e McKnight (2014) verificaram que os comportamentos auto-lesivos não suicidários estão mais relacionados com maior propensão a sentir vergonha do que culpa, tendo até a culpa um efeito protector deste tipo de comportamentos, talvez por se associar a tendências mais internalizantes, segundo os autores.

Rashid e Gosai publicaram em 2011 um interessante estudo de caso sobre uma jovem paciente alemã com diagnóstico de perturbação de personalidade borderline, cuja manifestação dominante de *acting* consistia em engolir objectos cortantes, como vidros, lâminas de barbear e facas, levando-a a ser assistida nas urgências mais de 150 vezes. Vítima de abuso sexual desde os 7 anos, entre muitos outros factores traumáticos da sua história de desenvolvimento, esta paciente fala da importância de jorrar sangue como



um modo de descarregar emoções negativas insuportáveis e sem outra forma de poderem libertar-se.

Em 2012, Coifman, Berenson, Rafaeli e Downey realizaram um estudo em que compararam, durante um período de 21 dias, pacientes com perturbação de personalidade borderline com um grupo não-clínico, quanto ao relato de experiências afectivas polarizadas (derivadas do uso de clivagem) e seu impacto nos comportamentos impulsivos (como auto-agressões e consumo de substâncias).

Os resultados mostraram que as experiências afectivas e relacionais polarizadas eram mais frequentes nos pacientes borderline e que estes pacientes, quando estavam sujeitos a factores de stress derivados das relações interpessoais, aumentavam os níveis de polarização das experiências, o que não se verificava no grupo não-clínico. Os autores encontraram também resultados interessantes que associaram a polarização das experiências afectivas (em situações de baixo stress) e relacionais (em situações de stress elevado) com os comportamentos impulsivos, como episódios bulímicos, gastos excessivos, sexo desprotegido, abuso de substâncias e auto-agressões (Coifman et al., 2012).

O sistema defensivo arcaico que aqui descrevemos, ancorado no mecanismo central de clivagem, permite dotar de compreensibilidade psicodinâmica as diversas manifestações externas características do funcionamento borderline como: as mudanças bruscas no palco relacional e na qualificação alternante dos objectos em bons ou maus, a impossibilidade de gerir uma distância relacional óptima com o outro, um pensamento maniqueísta, as faltas de controlo dos impulsos (sobretudo em momentos de maior activação emocional, ex.: a automutilação na impossibilidade de lidar com uma dor mental, ou a dependência de substâncias na impossibilidade de mentalizar a perda objectal), a possibilidade parcial de acesso à experiência subjectiva, ou a substituição

pela externalização no palco da realidade interpessoal dos conflitos, as dificuldades de auto-regulação emocional e de manutenção da auto-estima (Steiger & Houle, 1991), e as dificuldades de autonomia e de estabilidade nas escolhas identitárias (Fourcade, 1997).

*“Se acabo a relação morro e eu quero acabar... Sem ninguém perco o Norte, fico obsessivo, perco a base (...) Sinto-me a esboroar...”*

*(M. 40 anos)*

*“Sinto-me como se fosse gelatina. A D. (namorada) é que me dá estrutura. Eu nunca vivi sozinho, não aguento! Depois do divórcio andei perdido!”*

*(J. 37 anos)*

### **Vulnerabilidade do Self: angústia de intrusão e angústia de abandono**

O conceito de Self diz respeito ao sentimento um Si emergente (Stern, 1985), a um núcleo integrador de um conjunto de vivências auto-referenciadas, a uma identidade organizadora da experiência intersubjectiva, ou a um sistema interno com consistência duradoura numa trajectória existencial. O Self tem sido encarado como estrutura de conhecimento (Markus & Wurf, 1987), como processo (Crook, 1980; Mahoney, 1991), como narrativa (Polkinghorne, 1988), como conjunto de auto-interpretações (Broughton, 1986) e como centro organizado e organizador da experiência humana, com durabilidade, consistência e unicidade (Kohut, 1971).

De acordo com Kohut (1971), no início do desenvolvimento a experiência do Self é fragmentada pela falta de síntese possível entre as diversas vias de experiência sensorial, experiências interactivas e experiências de estados emocionais precoces. No funcionamento psicótico há uma fixação, ou regressão a este estado de não integração das experiências do Self. Kohut (1978) refere igualmente que os pacientes narcísicos podem mostrar regressões a estes estados temporários de fragmentação quando lidam com experiências de grande ansiedade. Também na hipocondria a integridade do Self

fracassa e partes do corpo não integradas tornam-se o foco das experiências do Self, mostrando a sua falta de coesão.

Evoluindo em termos desenvolvimentistas, o Self adquire um núcleo arcaico bipolar - aqui já há uma noção de ter um centro, mas ainda frágil. Este centro rudimentar contém duas estruturas: um Self grandioso e uma *imago* parental idealizada. Ou seja, ainda não há uma diferenciação possível entre aspectos do Self e do objecto. Os objectos são Self-objectos, representações fundidas e indiferenciadas que aparecem associadas a funções de resposta a necessidades como: regulação da auto-estima, modulação da ansiedade, apaziguamento e manutenção da coesão interna. Kohut (1971) encontra o funcionamento dos pacientes narcísicos associado a falhas nestas funções, correspondendo ao desenvolvimento ainda rudimentar do seu Self.

O Self, enquanto estrutura psíquica, desenvolve-se através da internalização das funções dos Self-objectos, internalização que implica que haja experiências suficientes de resposta às necessidades, caso contrário ficam falhas geradoras de estados de angústia. O Self terá de recorrer a mecanismos projectivos e ficar na dependência de um objecto que providencie tais funções, nomeadamente as de auto-regulação e de abastecimento narcísico.

Não só as experiências de resposta às necessidades terão de ser suficientes, como qualitativamente significativas (Fonagy et al., 2002). Por exemplo, se o estado emocional da mãe é traduzido por uma reacção de pânico face às necessidades que o bebé sinaliza, o bebé tenderá a sentir-se como assustador e a assumir os seus estados mentais como perigosos, uma vez que ainda não percebe a vida mental da mãe como distinta do seu Self, nesta fase precoce do desenvolvimento.

Num adulto, a experiência que existe de um objecto do Self não é segmentária, mas sequencial, ou seja, o adulto experimenta os efeitos de apoio do objecto em

profundidade e com uma escolha madura de dimensões, em que as experiências de Self-objects de todos os estádios anteriores da sua vida inconsciente reverberam. Por exemplo, sentir-se enaltecido pela admiração relativa a um ideal cultural, poderá despertar a alegria, a calma e a segurança, da experiência de ser pegado ao colo pela mãe admirada e sentir-se fundido com a sua grandeza (Kohut, 1984).

Ora na patologia borderline estas ligações não se mobilizam, não há a possibilidade de ligar, de fazer reverberar as várias experiências emocionalmente articuladas; ou ficam apartadas defensivamente, ou confundem-se temporalmente e reactualizam-se de um modo traumático.

Para Kohut (1984) a psicopatologia baseia-se em defeitos na estrutura do Self, em fraquezas ou distorções que derivam das relações de infância com Self-objects. Só o amor objectal fortalece o Self e permite evoluir da lógica de necessidade do objecto para uma capacidade de experimentar amor e desejo pelo objecto.

Nos pacientes borderline vamos encontrar vulnerabilidades que espelham a imaturidade e os fracassos de integração da construção do Self. O Self do paciente borderline é descrito como: Self vulnerável e com um vazio básico (Green, 1990), com difusão de identidade (Erikson, 1986; Kernberg, 1985/1975; Ryle 2007), uma personalidade *as-if* (Deutsch, 1970), um falso Self (Winnicott, 1960), um Self em mosaico (Bergeret, 1975) com pouca integração e instável (Schmideberg, 1959), imaturo e difuso (Coimbra de Matos, 1994), poroso, camaleónico e de limites lábeis (Estellon, 2010), um Self sem capacidade de tolerar a solidão (Materson, 1981), com fragilidades ao nível da falta de tolerância à angústia, da falta de controlo pulsional e de um insuficiente desenvolvimento de vias de sublimação (Kernberg, 1985/1975).

Bateman e Fonagy (2006) mostram que para o desenvolvimento de uma experiência do Self normal e integrada é necessário que haja uma relação de

espelhamento preciso e contingente dos sinais emocionais da criança por uma figura de vinculação. O fracasso desta experiência, e o trauma da sua repetição posterior, leva à necessidade de internalização de imagens que são do outro e não do Self, depois sentidas como partes estranhas, ingredientes do falso Self, na linguagem de Winnicott (1960). As experiências destrutivas vão ser assim sentidas a partir de dentro, gerando angústia e risco de regressar a estados de fragmentação.

Os pacientes *borderline* são invadidos por intensos estados de angústia associados a uma sensação de vazio interior e de profundo desamparo. Estes estados de angústia são sentidos pelos pacientes *borderline* como experiências de desespero (Coimbra de Matos, 1994), onde se confrontam com falhas narcísicas, falhas de consistência e perda de sentido para o seu Self (Pfeifer, 2004).

Stern (1938) falava de hemorragias psíquicas para caracterizar as angústias de esvaziamento que aconteciam em pacientes com sentimento de difusão de identidade. Também Schmeidler (1959) se referiu à associação entre a fraqueza da integração do Eu destes pacientes e as suas dificuldades em adiar a gratificação e tolerar a frustração e a angústia. Experimentando um vazio interno insuportável, eles teriam de recorrer à realidade externa através de comportamentos excessivos (como agressões e consumos) na tentativa de se abastecer (Knight, 1954; Deutsch, 1970), e teriam de recorrer a um objecto externo providenciador das funções psíquicas em falta, um objecto anaclítico, do qual ficam profundamente dependentes (Bergeret, 1975; Kernberg, 1985/1975; Coimbra de Matos, 1994).

Coimbra de Matos (1994) refere que estes pacientes vivem num conflito de ambivalência entre afastarem-se ou não do objecto anaclítico. O Ego imaturo confronta-se, ora com a idealização primária e acrítica do objecto protector que serve de apoio ao narcisismo em falha (Bergeret & Reid, 1991), ora com a experiência frustrante

da rejeição ou da intrusão de um objecto ameaçador da sua integridade e diferenciação (Green, 1990).

A angústia central do funcionamento borderline é, então, a angústia de separação ou de perda do objecto que cumpre essa função (Bergeret, 1975), uma angústia emergente da experiência de dependência objectal que expõe a vulnerabilidade e imaturidade do Self (Kernberg, 1985/1975). O objecto externo é solicitado para cumprir uma função protectora do Self, servindo de para-excitação relativamente ao excesso de agressividade e de angústias fragmentadoras que ameaçam a sua precária integração e a sua frágil compleição narcísica (Chabert et al., 1999).

No paciente borderline, a *função de auto-regulação* do Self, que permitiria o auto-apaziguamento relativamente a estados de frustração, dor psíquica e angústia é insuficiente e obriga ao sobre-investimento da função protectora do objecto.

A *função de individuação* do Self está mal garantida, o que causa sentimentos de identidade difusa e fluída, levando a que a presença do objecto seja indispensável para a garantia da continuidade do Self e, conseqüentemente, que a ausência do objecto traga riscos de fragmentação.

A *função de abastecimento narcísico* fracassa e é na união com o objecto, mediada por mecanismos de defesa arcaicos, como negação e idealização primária onnipotente, mecanismos que impedem o acesso a dimensões rejeitantes do objecto de apoio, que o Self compensa a sua enorme inferioridade.

As *funções auto-reflexivas* também não são suficientes e a falta de espaço psíquico para a elaboração do conflito é substituída pela externalização e mobilização dos objectos da realidade.

A *função de articulação somato-psíquica* está mal conseguida, o que faz com que, no contacto com o objecto ou com a realidade externa, haja por um lado uma

hipersensibilidade desorganizadora (como microparanóias) e, por outro, uma necessidade de excitações intensas (exposição ao risco, ou compulsões para obter gratificações sensoriais).

A *função de apoio do investimento libidinal* também flutua entre o desenvolvimento de relações de vinculação extrema e decepções depressivas, sinalizadas com apatia ou com raiva, que podem levar a mudanças bruscas do objecto de eleição, ou à alternância de experiências irreconciliáveis de amor e de ódio pelo mesmo objecto (Chabert et al., 1999).

A representação do Self do borderline está parcialmente indiferenciada e dependente da representação do objecto, daí que uma perda objectal seja sentida como uma ameaça à integridade do Self, uma experiência de buraco e de vazio (Coimbra de Matos, 1994). O borderline não consegue evocar o objecto com saudade como faz o neurótico, se bem que também não o alucine como o psicótico, nem tenha uma perda total do acesso à representação (Kernberg, 1986).

Ora como o paciente borderline tem pouca capacidade de evocar o objecto interno na sua ausência. A perda do objecto de apoio, ou a sua indisponibilidade momentânea, ou ainda o fracasso do objecto em cumprir as funções protectoras que enunciámos, gera uma angústia que o Self imaturo, com mecanismos de defesa arcaicos, não consegue gerir.

A angústia pode ser definida como um afecto de características negativas ligado a uma experiência traumática, ou à sua repetição, em que o perigo de natureza inconsciente é tratado como uma ameaça da realidade externa (Espasa, 2005; Laplanche & Pontalis, 1990).



Na obra de Freud são abordadas duas questões relativas à angústia que constituem aspectos relevantes para a compreensão da ligação entre angústia e vulnerabilidade do Self: a génese, que liga a angústia ao risco de voltar a experimentar estados de tensão muito arcaicos ou primitivos; e a ligação entre a angústia e a representação do objecto, associada à experiência da perda.

Nos primeiros trabalhos, Freud referia-se à angústia como um afecto de desprazer, derivado da pulsão sexual que não encontrava vias de descarga nem satisfação. A angústia era entendida como resultante do fracasso parcial do recalçamento, deixando uma quantidade de energia pulsional sem destino, que depois poderia ser mobilizada em sintomas somáticos, ou deslocada para representações substitutivas, o que permite compreender a formação de sintomas neuróticos (Le Guen, 2008a).

Mais tarde, em *Inibição, sintoma e angústia* (1926), Freud vem a considerar o recalçamento não a causa da angústia, mas a consequência. Quando uma representação pulsional se mostra perigosa, ameaçadora, ou culpabilizante, suscita angústia e o recalçamento intervém como mecanismo de defesa do Ego (Espasa, 2005). A angústia sinaliza, assim, uma ameaça face ao Eu e mobiliza o aparelho defensivo. Nesta formulação de Freud, o Eu é o verdadeiro lugar da angústia (Le Guen, 2008a).

A experiência de apaziguamento da excitação do Eu imaturo do bebé associa-se à presença da mãe, do mesmo modo que a angústia sinaliza a experiência de ausência, que o bebé sente como perda, uma vez que não consegue diferenciar a ausência temporária da perda definitiva. A ausência e privação, bem como a sobreexcitação e intrusividade do contacto materno impossibilitam a auto-regulação, deixando o Self à mercê de angústias invasivas (Hurvich, 2003).

Assim, a angústia associa-se à perda do objecto que satisfaz e apazigua e, se as experiências de presença permitiram criar uma representação interna, esta possibilidade de perda traz dor psíquica e tristeza quando a prova da realidade mostra a ausência do objecto. Mas, se não houve uma possibilidade de representação interna estável, a angústia sinaliza o perigo do desamparo que essa perda comporta. Neste caso, não se consegue dar sentido à ausência porque esta não dá lugar a um espaço de representação que permita elaborar a dor da perda, como referimos no capítulo 3.

Deste modo, se por um lado é a experiência de ausência suportável que instaura a necessidade de representação interna do objecto, por outro, se não houver presença e relação suficientemente boa, a própria possibilidade de representação fica comprometida, deixando o mundo interno exposto a estados de angústia que não têm possibilidade de ser elaborados (Chabert et al., 1999). A vida fantasmática deve permitir a construção simbólica do objecto; se não há presença, nem ausência suficientes, resta ao sujeito o vazio, ou a invasão (Estellon, 2010).

Mahler (1982) mostra como a separação externa pode conter em si uma ameaça ao nível das representações internas do objecto e do Self. A angústia de abandono aparece quando a separação põe em causa a estabilidade da representação interna, o que acontece no bebé pequeno por imaturidade do seu aparelho psíquico, mas também posteriormente quando há experiências traumáticas de ruptura, ou ameaça de ruptura da relação demasiado intensas para serem mentalizadas, dificuldades que encontramos nos pacientes borderline.

Dando continuidade ao pensamento de Mahler, Masterson (2000) relaciona as angústias do funcionamento borderline com o processo de separação-individuação, nomeadamente com fracassos da gestão da relação mãe-bebé na sub-fase de reaproximação, como referimos no capítulo 2. Segundo este autor, se houver uma

fixação num momento inicial desta fase, dominarão os medos de engolfamento e de regresso à simbiose, o que mobiliza sobretudo defesas de distanciamento do objecto. Se a fixação acontecer mais tardiamente, dominará a angústia de abandono e serão mobilizadas sobretudo defesas no sentido de garantir a dependência e o controlo da presença do objecto.

Também Green (1990) fala de um fracasso dos processos de separação no paciente borderline e de um impasse existencial que desperta angústias derivadas da experiência de relação com o objecto. Trata-se da *angústia do um* (Green, 2000), uma angústia narcísica que emana da ameaça da ruptura da unidade por um espaço de separação (mas não de ligação) entre Self e objecto. O objecto não pode ser tomado na proximidade sem se tornar uma ameaça de intrusão e de destruição da autonomia (não conseguida) do Self, nem afastado sem despertar ameaças de abandono que põem em causa a continuidade e o abastecimento do Self.

A ideia de que a perda do objecto causa dano ao nível do Self aparece em Freud, no texto de 1915, *Luto e melancolia*, onde vemos como não apenas o mundo, mas o próprio Self fica mais pobre face à perda do objecto. León Grinberg (2000) retoma essa ideia quando mostra como, associado aos processos de luto pelo objecto, ocorre o luto pelas partes do Self perdidas. O luto aparece a par dos processos de integração que levam à construção de uma identidade madura. Se a possibilidade de fazer lutos pelo Self e pelo objecto, ou seja, se a elaboração desenvolvimentista fracassa, o Self ficará ameaçado pela angústia e culpa persecutórias e recorrerá a defesas arcaicas que o empobrecerão ainda mais, levando-o a regredir a níveis de identidade mais rudimentares. A angústia da perda está profundamente relacionada com a indiferenciação e falhas de integração na estrutura do Self.

Nas patologias mais graves, bem como nos estados mais precoces do desenvolvimento (Klein, 1946), falha a possibilidade de neutralização suficiente das pulsões de morte e da agressividade sádica que é suscitada pelas experiências de frustração. A criança sente a ausência da mãe como resultado dos seus impulsos destrutivos. Projectando os instintos sádicos para o exterior, eles vão ser sentidos como fonte de perigo para o Self, gerando angústias de perseguição e o risco de aniquilamento ou de fragmentação. Estas angústias de natureza psicótica são experimentadas como medo de colapsar, morrer, enlouquecer, medo de ser destruído, ou invadido, medo de fusão e de perda da coesão e dos limites do Self (Hurvich, 2003).

Com a possibilidade de integração das representações do objecto e do Self em totalidades investidas (Klein, 1946) e de direccionar a agressividade para um objecto amado, a angústia surge como receio da perda do objecto. Neste nível de desenvolvimento, correspondente também ao que encontramos em patologias menos severas, as angústias são de natureza depressiva. O recalamento intervém como defesa mais madura e a reparação simbólica dos ataques feitos ao objecto amado pode ser bem-sucedida, sem impedir a capacidade de manter representações benévolas do objecto e do Self na centralidade da vida psíquica. Estas angústias depressivas, sentidas como medo de perda do objecto investido, ou como perda do amor do objecto, são mais manejáveis a nível intrapsíquico e reguladas pelo superego, organizando a experiência de culpa e de luto.

A angústia mobiliza as capacidades de preservação do indivíduo a diferentes níveis, consoante o grau de maturidade do aparelho psíquico. As angústias de natureza psicótica põem em causa a integridade da própria vida mental, as de natureza depressiva ameaçam sobretudo a estima do Self face ao superego e a possibilidade de manter o amor do objecto.

Cada uma das linhas de funcionamento psicopatológico evoca uma diferente angústia dominante, em estreita ligação com o tipo de relação objectal estabelecida (Charrier & Hirschelmann-Ambrosi, 2006; McWilliams, 2005/1994).

No funcionamento psicótico, a angústia dominante é a angústia de morte ou de fragmentação, emergente do confronto com a possibilidade da frágil unidade narcísica protectora ser desfeita por uma realidade ameaçadora, numa experiência de relação com o outro aquém da integração e em que o investimento é pré-genital e fusional.

No funcionamento neurótico, a angústia dominante é a angústia de castração, comportando a ameaça de perda dos atributos fálicos que possibilitaram o acesso a uma identidade dinâmica própria, adentro do conflito edipiano, onde o outro aparece como portador de interditos.

Entre estes dois extremos de um *continuum* de funcionamento psicopatológico, localiza-se o funcionamento borderline, intermédio entre o psicótico e o neurótico, apresentando, como tal, angústias de ambos os espectros, mas com uma organização própria (Kernberg, 1986), onde a fragilidade identitária é um dos aspectos definidores (Horowitz, 2004).

Odile Bourguignon (2004) refere as angústias mais primitivas do paciente borderline, que o aproximam do funcionamento psicótico, como angústias de separação catastróficas, sentidas de um modo muito físico, com pouca simbolização: sensação de vertigem, queda sem fim, liquefacção ou fragmentação. Refere também a angústia de implosão provocada pelo preenchimento do vazio interior com a realidade exterior e as angústias de esvaziamento decorrentes do excesso de funcionamento projectivo, como características destes pacientes. Por último, aproximando-se mais do funcionamento neurótico, o paciente borderline sente a angústia de abandono, experimentando sentimentos de desamparo.

Ao considerar diferentes níveis de organização da personalidade, Kernberg (1986) sublinha a qualidade da integração dos elementos intrapsíquicos relativos à representação do Self e do objecto. Num nível normal de organização, encontramos um conceito de Self integrado que serve de base à auto-estima e ao sentimento de identidade estável. O ego tem capacidade de resistir à angústia, de controlar os impulsos e de criar relações de intimidade e profundidade emocional. Neste nível de organização há uma capacidade de regulação superegóica madura que permite ao indivíduo ter responsabilidade e auto-crítica. A organização neurótica aproxima-se da normalidade, apenas se distingue pela centralidade da culpa inconsciente ligada à sexualidade.

Contrastando com o nível de organização normal/ neurótico, a organização psicótica revela a fragmentação da identidade e a perda do teste da realidade. O Self e o objecto não são unidades totais, fundindo partes entre si e clivando outras, o que perturba a diferenciação entre realidade externa e interna, e entre Self e objecto. A fraqueza do Ego impede a regulação dos impulsos e a gestão da angústia, que irrompem de modo desorganizador e impossibilitam o processo de pensamento.

Entre os níveis anteriores, encontra-se a organização borderline, que mantém a capacidade do teste da realidade e alguma adaptação social, como acontece no funcionamento neurótico, mas falha ao nível das forças do ego, sobretudo em situações de pressão externa ou interna. Neste nível de organização a identidade é difusa e pouco estável, a capacidade de controlo dos impulsos é insuficiente, bem como a de tolerar estados de angústia e de frustração. O sistema defensivo arcaico, com predomínio da clivagem, e o excesso de agressividade que invade a vida mental destes pacientes, afectam a integração da representação do Self e do objecto.

As vulnerabilidades do paciente borderline revelam-se sobretudo na relação. As relações de proximidade, sem a base representativa que lhe poderia dar sentido

emocional e possibilitar a construção de experiências de intimidade, são ao mesmo tempo necessidade e ameaça para os pacientes borderline. O outro é absolutamente necessário, mas também é absolutamente intolerável depender dele (Rosa & Pinheiro, 2003).

Incapazes de estar só, estes pacientes também não conseguem uma relação satisfatória com o outro, alternando entre experiências de “contacto” e “nada”. O contacto com o outro desperta o confronto com o vazio de subjectividade e de valor próprio, quando esse outro é encarado como um sujeito com vida mental autónoma; e desperta o risco de objectificação e anulamento do Self, quando o outro é tratado como objecto de um modo funcional, sem lhe ser atribuída vida psíquica diferenciada. Mas sem contacto com o outro, fica o nada e o risco de ruptura total, uma enorme ferida narcísica exposta, o desespero do paciente borderline (Gammelgaard, 2010).

Yvette Vardy (2011) considera a intolerância à solidão, uma variável central para a compreensão do funcionamento borderline. A necessidade de “tempo a sós”, no sentido de relação consigo mesmo, com a possibilidade de auto-reflexão, criatividade e refúgio da estimulação intensa, é tão relevante para o desenvolvimento do Self, como o é a proximidade com o outro (Buchholz & Helbraun, 1999). Geralmente a experiência emocional de sobrecarga, de cansaço e agitação sinaliza a necessidade deste “tempo a sós”, experimentado como contentamento, paz e sintonia interna. A experiência emocional de aborrecimento, inquietude, solidão e falta, sinaliza a necessidade oposta, necessidade de proximidade e relação com o outro, que traz satisfação, abastecimento e preenchimento.

No paciente borderline a regulação destas necessidades está gravemente comprometida e sinalizada de um modo perturbado (Vardy, 2011). A experiência de estar só apresenta para estes pacientes uma dimensão negativa, conduzindo a estados de

depressão e letargia, ou provocando uma invasão de sentimentos de raiva e desespero, e consequente escalada de ansiedade.

Estar só torna-se uma vivência dolorosa que o paciente borderline tenta evitar activamente através de comportamentos de dependência relacional e de álcool ou drogas, ou que suscita *actings* defensivos, como comportamentos sexuais promíscuos e outros comportamentos de risco, auto-mutilações e tentativas de suicídio.

O “tempo a sós” remete o sujeito para a sua interioridade, para um Self autêntico (no sentido contrário ao falso Self que Winnicott referiu), para a sua experiência emocional, memórias e pensamentos. O paciente borderline não aguenta esse contacto com a experiência interna, um contacto demasiado doloroso que o obriga a desinvestir da sua vida psíquica e a evitar estar consigo mesmo. Embora Vardy (2011) também refira que estar só, para estes pacientes, pode ser sentido como alívio das exigências intrusivas da relação com o outro e uma fuga relativamente às inseguranças que a proximidade relacional suscita.

No fundo, o paciente borderline não pode estar só porque não está suficientemente acompanhado, nem pode sentir-se acompanhado porque não está suficientemente só, no sentido de poder estar consigo mesmo, como tão bem explicou Winnicott (1958) ao falar do paradoxo da capacidade de estar só de uma criança ocorrer na presença da mãe.

As considerações de Balint (1968) acerca da ocnofilia e filobatia também nos esclarecem sobre esta dupla dificuldade de relação com o objecto: por um lado a incapacidade de emancipação do Self, numa total dependência do objecto e desejos de fusão, por outro a recusa dessa mesma proximidade, com um funcionamento pseudo-autónomo defensivo e a redução do objecto a uma coisa. O primeiro movimento, ocnofílico, leva a que a agressividade seja direccionada para os sinais de afastamento e



diferenciação, evitando a perda do objecto que acarretaria uma perda de si; o segundo movimento, filobático, leva a que a solicitude e oferta de contacto sejam o alvo dos ataques, evitando uma presença sentida como intrusiva e avassaladora da continuidade do Self.

Rey (1994) considera os pacientes *borderline* claustro-agorafóbicos, uma vez que procuram o contacto com o objecto, o que lhes traz o receio de sufoco claustrofóbico com perda de liberdade e medo de ser aniquilado; e quando se tentam emancipar afastando-se do objecto, são tomados por receios agorafóbicos, medo de se perder no vazio e de desaparecer.

Em termos de queixas clínicas, os pacientes *borderline* trazem frequentemente manifestações de angústia cambiantes, com expressões e significados diversos: umas semelhantes à de neuroses polissintomáticas, como fobias múltiplas, preocupações hipocondríacas, sintomas obsessivos, conversões e reacções dissociativas (Charrier & Hirschelmann-Ambrosi, 2006); outras solicitando o corpo e a acção, como ligadas a toxicomanias, perturbações bulímicas e auto-mutilações; outras ainda que ganham forma de perversões sexuais; e outras invasivas e desorganizadoras como surtos psicóticos breves.

Se as manifestações sintomáticas são muito diversas e instáveis, os seus desencadeantes são mais constantes, isto é, a angústia dominante que subjaz à emergência das diversas manifestações é aquela que põe em causa o próprio Self, ou seja, a que evoca a perda do objecto, uma angústia de abandono, ou angústia de separação.

O objecto anaclítico, como referimos, pode ser procurado avidamente, ou rejeitado, consoante cumpra no momento a sua função de apoio, ou gere ameaça derivada da possível distância ou indisponibilidade afectiva. A experiência de angústia

suscitada por este dinamismo de relação com o objecto aparece de modo difuso, flutuante e intenso, contribuindo para sentimentos de esvaziamento e de difusão de identidade (Goldstein, 1983).

Gunderson (1984) refere que se o paciente borderline recorrer ao outro como *suporte*, poderá manifestar clinicamente sinais depressivos e masoquistas e expressará sobretudo o medo de ficar dependente e de perder o controlo, revelando um funcionamento pouco autónomo e com hipersensibilidade à rejeição. Se a relação com o outro for sobretudo sentida como *frustrante*, a expressão do paciente borderline será de raiva intensa, comportamentos de manipulação e tentativas de garantir a proximidade objectal, ao mesmo tempo que recusa e nega a dependência. Por último, se a relação com o outro for de *ausência*, o paciente borderline experimenta pânico, impulsividade e risco de colapso psicótico, pode ser invadido por sentimentos de malevolência interna e terror, realizando tentativas desesperadas para lidar com o vazio, como comportamentos de risco agidos e consumos.

A relação com o outro põe em causa o Self vulnerável, imaturo e com lacunas narcísicas. As dificuldades de mentalização, já tratadas noutro capítulo, que afectam os dinamismos das representações intrapsíquicas do Self e do objecto provocam dificuldades de regulação emocional e levam a que estes pacientes vivam a angústia ligada à experiência de proximidade/ afastamento objectal como profundamente perturbadora (Bateman & Fonagy, 2006).

Em síntese, a possibilidade de separação é sentida como um desamparo traumático e a proximidade é sentida como ameaçadora, trazendo o perigo de perda dos limites de si e de controlo por parte do objecto. Trata-se, no fundo, sempre de uma dupla angústia: de intrusão e de abandono como propôs André Green (1990).

André Green (2000) fala de uma *posição fóbica central* para se referir ao evitamento contínuo que estes pacientes têm de fazer da reactivação das experiências psíquicas originadoras da angústia, pois a consciência é sentida como igualmente traumática.

Numa abordagem complementar, podemos encontrar os trabalhos de Wolfe (2005). A noção de Wolfe (2005) de *feridas do Self* permite-nos compreender diferentes tipos de vulnerabilidade e as organizações protectoras distintas que elas suscitam.

Segundo este autor, o Self experimenta a vulnerabilidade como uma situação de perigo interno - *self-endangerment* - medo de perder o controlo, falta de segurança, sentimentos de impotência ligados à crença de que será incapaz de evitar e resistir a experiências antecipadas como traumáticas, extremamente dolorosas e humilhantes. Quando o sujeito vive situações que directa ou simbolicamente se relacionam com essa antecipação, experimenta um profundo sentimento de perigo ligado ao Self.

Estas visões dolorosas transformam-se em *feridas do Self*, na medida em que se constituem como generalizações de experiências traumáticas que ameaçaram o Self (ex.: sentimento de não valer nada, não poder ser amado) e despertaram emoções violentas (ex.: raiva e vergonha). As *feridas do Self* são resultantes da história desenvolvimentista e do impacto da experiência relacional. Derivam de experiências de traições de confiança e de desamparo de outros significativos, de opiniões humilhantes e ideias tóxicas dos cuidadores, de uma gestão disfuncional da expressão emocional e de respostas ineficazes às questões existenciais da vida, segundo Wolfe (2005).

Estas feridas afectam os sentimentos, as crenças, as decisões e os modos relacionais dos indivíduos. O risco das vivências dolorosas se actualizarem traz angústia e solicita defesas para evitar reexperimentar as emoções intensas derivadas dessas experiências. Há uma ansiedade sempre presente e um estado de vigilância que gasta

recursos para evitar estas catástrofes para o Self. Os perigos ligados a estas feridas, ou situações de *self-endangerment*, podem ser experimentados como medos que afectam a sobrevivências e integridade física (morte, paralisia e esgotamento), ou medos que afectam a sobrevivência psíquica (de não ser amado, não ter valor, não ser aceite, ser desadequado, ser abandonado, ficar isolado, ser rejeitado, fraco, ridículo, ser humilhado, dominado e controlado).

Wolfe (2005) refere cinco visões do Self dolorosas derivadas destas feridas: Self biologicamente vulnerável; Self inadequado ou incompetente; Self defeituoso, envergonhado ou humilhado; Self des afectado ou isolado; e Self em conflito ou confundido.

Semerari e Fiore (2007) associaram a experiência do paciente borderline a dois tipos particulares de representação dolorosa que designam como: *Self sem valor* e *Self vulnerável*.

A representação de um *Self sem valor* corresponde à ideia de Kernberg (1986) de um mau Self, à ideia de algo errado, monstruoso, insano, horrível ou malévolos no Self. Esta experiência do Self faz com que o paciente borderline tenha a ideia de não poder ser aceite por ter algo de irremediavelmente errado.

Esta representação do Self conduz à emergência de três diferentes estados da mente: *estado auto-invalidante*, *estado de zanga/ sentimento de injustiça* e *estado de arrependimento/ culpa pelo mal causado*.

No *estado de auto-invalidação*, a sensação de falta de valor interno mobiliza zanga, sentimento de descontentamento e de desgosto por si. O diálogo interno do paciente é marcado por auto-críticas e desvalorizações exageradas. Estes pacientes oscilam entre ceder aos sentimentos de inferioridade e consequentes atitudes de derrotismo, e defender o seu narcisismo através de fantasias de grandiosidade e busca de

resultados perfeitos inalcançáveis. As manifestações externas deste estado levam a episódios depressivos e comportamentos auto-agressivos, com defesas maníacas associadas, por vezes.

No *estado de zanga/ sentimento de injustiça*, falha a capacidade de regular a experiência emocional, domina a disforia e o paciente é particularmente sensível e intolerante a contrariedades e frustrações. O diálogo interno destes pacientes assemelha-se a um julgamento em que os culpados são acusados e o próprio busca defesas (mais ao jeito de contra-ataques) que justifiquem o seu sentimento de ser por eles agredido. Como a agressividade é direccionada para o Self ou para o outro, não há uma elaboração de um tema de conflito e a agressividade desperta a noção interna de algo de malévolo. Assim, o Self sente-se sem valor porque foi agredido.

No *estado de arrependimento/ culpa pelo mal causado*, o paciente considera-se sem valor por ser causador de sofrimento nos que o rodeiam. Sente que foi ele o causador da rejeição que experimenta. O discurso interno continua a ser de acusação, mas voltado sobre si, com uma severidade exagerada, decorrente da visão do Self como intrinsecamente mau. A expressão externa deste estado passa muitas vezes por comportamentos de expiação da culpa, como expor-se a abusos ou direccionar sobre si actos violentos.

A representação de um *Self vulnerável* corresponde à experiência de si como passível de ser magoado, destruído e ferido, sem hipótese de se defender, proteger ou de reagir. O paciente borderline sente que estes ataques, que tanto podem vir de situações externas como da sua vida psíquica, são acontecimentos catastróficos aos quais não saberá escapar. Externamente estes estados podem manifestar-se através de sintomas de ansiedade (fobias, ataques de pânico), ou de episódios dissociativos (despersonalização

e fugas psicóticas), ou ainda em tentativas patológicas de *coping*, como o consumo de substâncias.

Esta representação do Self também conduz à emergência de três diferentes estados da mente: *estado de ameaça/ solidão*, *estado de agressividade/ abuso* e *estado de vazio/ anestesia emocional*.

No *estado de ameaça/ solidão*, domina o medo e a sensação de desamparo face ao perigo. O paciente borderline pode ter medo de enlouquecer, de perder o controlo e de explodir. O suicídio poderá ser a única saída que o paciente vê para escapar a esta experiência de ameaça.

No *estado de agressividade/ abuso*, o paciente borderline reverte a experiência e a sua enorme vulnerabilidade transforma-se em defesa onipotente, o seu sofrimento é agido em ataques, em vez de ser sofrido por si. As manifestações externas deste estado podem incluir comportamentos de delinquência, relações sádicas e comportamentos de risco sem possibilidade de antecipar consequências (ex.: condução a alta velocidade).

Por último, no *estado de vazio/ anestesia emocional*, a vulnerabilidade do Self conduz o paciente a desligar-se para escapar à pressão. Este desligamento é diferente da retirada psicótica, mas encerra o paciente num estado de vazio e de anestesia, onde aparentemente se pode sentir resguardado, mas que dificulta o contacto, quer com o mundo externo, quer com a sua vida mental, propiciando gestos auto-destrutivos graves (um muito maior risco de suicídio do que quando há um pensamento suicidário a acompanhar o acto, por exemplo).

Nesta continuidade de identificação de vulnerabilidades do Self, o trabalho de Dagnan, Trower e Gilbert (2002) é um importante contributo para a nossa investigação, pois as duas vulnerabilidades caracterizadas por estes autores parecem traduzir a dupla

angústia de que André Green (1990) falava, a propósito do funcionamento borderline: angústia de intrusão vs angústia de abandono.

Dagnan e colaboradores (2002) mostraram como algumas psicopatologias e distúrbios emocionais, como a depressão, as fobias sociais, a esquizofrenia e a paranóia se associavam a diferentes vulnerabilidades do Self para experimentar aquilo que referem como “ameaças da relação interpessoal”, nas quais se incluem experiências de: separação/ abandono de figuras de vinculação (Bowlby, 1980), perda da aprovação social e vergonha (Gilbert, 1998; Tagney & Fisher, 1995), ostracismo e rejeição (Williams, Cheung, & Choi, 2000), ser subordinado e controlado por outros poderosos (Gilbert, 2000), ameaça de perseguição e ataque físico.

Na compreensão das vulnerabilidades do Self interligam-se duas dimensões: a apresentação do Self (ligada à ideia de agência, ou função executiva) e o reconhecimento por parte dos outros significativos dessa apresentação do Self. O Self tem de escolher a apresentação autêntica e desejada para si e para o outro (Markus & Nurius, 1986). Surgem então duas ameaças geradoras de duas vulnerabilidades diferentes no Self:

1) Vulnerabilidade ao abandono - *Self inseguro* - A experiência de exclusão e distância, de excessivo desligamento emocional, ou até de indiferença e rejeição, leva a que as apresentações do Self não tenham sido suficientemente reconhecidas e valorizadas. O Self fica, assim, incompleto na sua construção e com sentimentos de vazio e de abandono. Fica uma lesão ao nível do valor narcísico face ao olhar do outro e o Self incorpora sentimentos de vulnerabilidade e incapacidade de ser amado, de atrair o objecto e de ser aprovado e aceite por ele, podendo organizar-se em falso Self na tentativa de superar esta situação, temendo sempre ser rejeitado.

2) Vulnerabilidade à intrusão - *Self engolfado* - A experiência de excessiva ligação é sentida como controlo e intrusão, subjugação e risco de ser controlado e possuído por outro. As apresentações do Self ficaram restringidas e forçadas ao que o objecto impôs, o Self é redefinido pelo outro e não é autêntico, novamente a ideia de falso Self. Tal como se sente atacado, ataca e afasta o outro que traz a ameaça de o invadir, confundir e envergonhar se expuser a sua experiência de vulnerabilidade mais genuína. Teme sobretudo a destruição e a invasão violadora.

Estas duas ameaças funcionam como factores de angústia: exclusão/ distância e intrusão/ controlo, gerando dois tipos de vulnerabilidade ao nível do Self: insegurança - risco de perda do vínculo (ligada à angústia de abandono) e engolfamento - risco de perda da autonomia (ligada à angústia de intrusão).



### **Linhas de investigação empírica: enquadramento dos objectivos de estudo**

Poderíamos dizer que a patologia da *instabilidade estável* (Schmideberg, 1959) é também um campo de investigação da heterogeneidade e plasticidade da sintomatologia psíquica.

Um paciente pode receber o diagnóstico de perturbação de personalidade borderline de 150 formas diferentes, baseadas nas combinações possíveis entre critérios de diagnóstico; ou dois pacientes com este diagnóstico podem revelar-se tão díspares que apenas apresentem um sintoma em comum (O'Donohme, Fowler & Olilienfeld, 2007).

Alguns dos pacientes com diagnóstico de perturbação de personalidade borderline estão integrados socialmente e, embora experimentem um grande sofrimento psicológico, mantêm-se funcionais na sua vida quotidiana, ao passo que outros estão desempregados por longos períodos, isolados ou envolvidos em relacionamentos caóticos, apresentam ideação suicida crónica, abuso de substâncias e história de inúmeros internamentos psiquiátricos (Gunderson, 2008).

A variabilidade das queixas de diferentes pacientes borderline, ou do mesmo paciente em diferentes momentos, o carácter polissintomático e polissémico dessas mesmas queixas, e as diferentes respostas às intervenções terapêuticas, levam à necessidade de continuar a investigar variáveis nucleares do funcionamento borderline.

Algumas investigações empíricas têm concentrado os seus interesses na operacionalização dos melhores critérios de diagnóstico e formas de avaliação destes pacientes, afinando definições de diagnóstico diferencial com patologias do eixo I e eixo II (como referimos no capítulo 1) e desenvolvendo ferramentas metodológicas capazes de definir com exactidão as fronteiras do diagnóstico, como a *Diagnostic*

*Interview for Borderline Personality Disorder* – DIB (Gunderson, Kolb & Austin, 1981), ou a *Shedler-Westen Assessment Procedure* – SWAP (Westen & Shedler 1999).

Outras investigações têm incidido sobre o conhecimento de variáveis nucleares do funcionamento mental adentro deste grupo de diagnóstico (como relações de objecto, representações internas, sistema defensivo, nível de organização do Self, regulação emocional, elaboração da perda, etc.). Algumas destas investigações optam por uma abordagem centrada nos pacientes e sugerem a existência de sub-grupos de funcionamento borderline, outras centram-se nas análises factoriais das variáveis, sugerindo conjuntos de traços e dimensões relevantes para a caracterização do *fenótipo* borderline (Hallquist & Pilkonis, 2012).

Esta caracterização aprofundada da patologia borderline permite entender necessidades de intervenção psicoterapêutica distintas (Leihener, Wagner, Haaf, Schmidt, Lieb, Stieglitz et al., 2003), apontar linhas de prevenção para quadros mais disruptivos de manifestações sintomáticas (como tentativas de suicídio) e colocar diferentes hipóteses quanto aos factores etiopatogénicos relevantes para esta patologia. É nesta linha que se enquadram os estudos que compõem a parte empírica desta tese.

A investigação que pretendemos desenvolver cruza duas abordagens: por um lado, a necessidade de entender o que é específico e característico do paciente borderline, diferenciando-o de outros grupos de diagnóstico e da população não-clínica; por outro, a compreensão da heterogeneidade do funcionamento adentro deste grupo de diagnóstico, com a possibilidade de mapear sub-grupos, ou sub-modos de funcionamento, num *continuum*.

Interessa-nos igualmente aproveitar o estudo da patologia borderline para investigar empiricamente as possíveis articulações entre variáveis centrais da conceptualização caso numa abordagem psicodinâmica: relação de objecto e

representações internas (que na presente investigação serão tratadas através do conceito de representações relacionais, que desenvolvemos no capítulo 3), sistema defensivo (que na presente investigação será avaliado apenas quanto a diferentes tipos de clivagem, pela sua centralidade neste diagnóstico, como referimos no capítulo 4), Self e angústia dominante (que serão abordados em conjunto através do conceito de vulnerabilidades do Self à angústia, referido no capítulo 5), bem como a possibilidade de relação entre estas variáveis e a expressão sintomática na linha *borderline* e na linha depressiva.

No enquadramento psicodinâmico que serve de referência ao nosso trabalho, a comparação entre grupos de diagnóstico que ganha maior relevância para a compreensão da patologia *borderline*, considerando-a uma organização entre a neurose e a psicose (Kernberg, 1986), será justamente com patologias da área psicótica e patologias da área neurótica, como a depressão introjectiva, por exemplo. Uma outra comparação de grupos interessante seria com a patologia psicossomática, que conceptualmente levanta questões de dificuldade de mentalização, de dificuldades de acesso ao mundo interno e de *acting*, como acontece com a patologia *borderline*.

Optámos pela comparação da patologia *borderline* com um grupo de pacientes com depressão major e com um grupo não-clínico, na impossibilidade de tornar exequível em termos de tempo, de autorizações institucionais e de instrumentos de medida uma investigação que incluísse mais grupos.

Nigg e colaboradores (1992) justificam a importância da comparação dos pacientes *borderline* com pacientes com depressão por duas razões: são pacientes que por estarem deprimidos espera-se que tenham esquemas relacionais negativos activados, pelo que permitem uma boa comparação da qualidade representacional do mundo interno relativamente ao grupo em estudo, e pela taxa de comorbilidade encontrada

entre os dois grupos (como referimos no capítulo 1), o que faz com que seja uma distinção importante para abordar os pacientes em termos de intervenção psicoterapêutica (Gunderson & Elliott, 1985).

Os resultados dos trabalhos de Westen e colaboradores (1990) mostraram que os pacientes que tinham simultaneamente uma perturbação de personalidade borderline e diagnóstico de depressão major eram mais semelhantes ao grupo borderline “puro” (ou seja, aos pacientes borderline sem depressão), do que ao grupo de depressão major sem perturbação de personalidade associada, quanto às suas relações de objecto e funcionamento interpessoal.

São vários os trabalhos empíricos que comparam a patologia borderline com outros grupos de diagnóstico, sobretudo com pacientes com depressão major, e que apresentam relações entre as variáveis que pretendemos considerar, apontando linhas de investigação a desenvolver.

Greene (1996) estudou a relação entre mecanismos de defesa e relações de objecto na patologia borderline, encontrando suporte empírico para a ideia de Kernberg (1985/1975) de uma relação recíproca entre o uso da clivagem e a ligação objectal patológica característica deste diagnóstico. O uso intenso de clivagem associa-se a laços objectais tumultuosos que se expressam em padrões interpessoais caóticos, típicos da patologia borderline. Entre várias medidas, Greene usou um diferencial semântico de sua autoria *The Self-Fragmentation Scale* (Greene, 1990) que permitiu investigar também o impacto da clivagem ao nível do Self. O autor encontrou associações com a severidade da expressão sintomática e diferenças entre o uso de defesas borderline e defesas narcísicas.

Os trabalhos de Bond, Paris e Zweig-Frank (1994), Lerner e Lerner (1980) e Cooper, Perry e Arnow (1988) deram suporte empírico também ao uso da clivagem

como central na patologia borderline e como critério diferenciador de outros grupos clínicos.

Cheavens, Strunk e Chriki (2012) estudaram as variáveis: regulação emocional, problemas interpessoais e falta de um sentido de Self integrado, numa amostra de 462 adultos. As três variáveis tinham efeito preditor da sintomatologia borderline, sendo a correlação mais forte relativa às dificuldades de regulação emocional.

Nica e Links (2009) e Nisembaum, Links, Eyan e Heisel (2010) mostraram que os pacientes borderline distinguem-se de outros grupos clínicos e não clínicos pela instabilidade afectiva que apresentam. Cowdry, Gardner, O'Leary, Leibenluft e Rubinow (1991) referem que é o predomínio de afectos negativos que distingue os pacientes borderline dos grupos de comparação.

Bell, Billington, Cicchetti e Gibbons (1988) compararam grupos de pacientes borderline com psicóticos e pacientes com perturbações de humor e encontraram nos pacientes borderline maior nível de padrões de vinculação insegura e esquemas da relação Self-outro mais egocêntricos.

Também Westen e colaboradores (1990), que tentaram compreender o funcionamento borderline ao nível das relações de objecto, mostraram que a complexidade das representações relacionais (ao nível da integração e diferenciação), a tonalidade afectiva do paradigma relacional, a capacidade de investimento emocional nas relações e padrões morais, bem como a compreensão da causalidade social, eram dimensões das relações objectais que distinguiam os pacientes borderline de um grupo com depressão major e de um grupo não-clínico. Verificaram que os pacientes borderline tinham representações menos discriminadas, mais egocêntricas, maiores dificuldades em investir nas relações e num universo de valores, bem como atribuições relacionais mais ilógicas e idiossincráticas.

Igual tipo de comparação, entre grupo de pacientes borderline, grupo de pacientes com depressão major e grupo não-clínico, fizeram Nigg e colaboradores (1992), usando uma metodologia que implica a evocação de memórias precoces (EMT- *Early Memories Test*, Mayman, 1968; Mayman & Faris, 1960). Concluíram que as relações de objecto dos pacientes borderline se distinguem por uma qualidade afectiva de maior malevolência, por atribuições causais de agressão deliberada em situações que seriam neutras e por uma representação dos cuidadores (ou outros que deveriam ter um papel de apoio) como negando-se ao auxílio, ou sendo ineficazes nas suas respostas.

A ideia de malignidade das representações objectais dos pacientes borderline tem sido estudada noutros trabalhos empíricos (Lerner & St.Peter, 1984; Nigg, Lohr, Westen, Gold & Silk, 1989; Segal, Westen, Lohr, Silk & Cohen, 1989; Spear & Sugarman, 1984; Stuart, et al., 1990), mostrando que os pacientes borderline parecem estar num beco sem saída: sentem o mundo relacional como mau, procuram no outro formas de se protegerem dessa malevolência, mas frequentemente sentem esses protectores como insuficientes, indisponíveis ou ineficazes, o que os leva a aumentar a sua ansiedade, raiva e desilusão face aos vínculos, entrando muitas vezes em padrões de relações abusivas que acabam por confirmar as suas expectativas de malignidade.

Nesta linha de estudos sobre o funcionamento interpessoal associado à patologia borderline podemos referir também o trabalho de Drapeau e Perry (2009), que usaram a metodologia narrativa CCRT (*Core Conflictual Relationship Theme*, Luborsky & Crits-Christoph, 1990) e mostraram que estes pacientes referem mais desejos de estar distantes e de magoar os outros e uma visão dos outros significativos como maus e pouco satisfatórios no suprir das suas necessidades, do que pacientes de outros grupos clínicos.

Trepanier, Perry, Koerner, Stamoulos, Sheptycki e Drapeau (2013) compararam três modelos de funcionamento interpessoal, avaliados também com o CCRT, verificando que os três suportam que a resposta dos outros mais frequente e geradora de ansiedade nos pacientes borderline é a de rejeição e oposição, e que a resposta relativa ao Self mais frequente para estes pacientes é de desapontamento e depressão.

Russell, Moskowitz, Zuroff, Sookman e Paris (2007), bem como Zeigler-Hill e Abraham (2006) mostraram a associação da patologia borderline a uma grande reactividade a acontecimentos interpessoais negativos. Russel, Moskowitz, Zuroff, Sookman e Paris (2007) mostram a extrema sensibilidade dos pacientes borderline a situações percebidas como rejeitantes.

Vardy (2011) estudou a intolerância à solidão nos pacientes borderline usando uma metodologia qualitativa de análise de entrevistas clínicas, encontrando movimentos instáveis entre o evitamento de uma solidão negativa, associada a depressão e acréscimo de angústia, e a procura de uma solidão positiva, sentida como escape das exigências da proximidade relacional. Esta autora realizou um outro estudo quantitativo de comparação de um grupo borderline com um grupo não borderline e encontrou grandes diferenças em todas as medidas que utilizou para avaliar a intolerância à solidão, intolerância que se evidencia como uma característica central do funcionamento borderline.

Gadassi, Snir, Berenson, Downey e Rafaeli (2014) estudaram as reacções à proximidade social em pacientes com perturbação de personalidade borderline e pacientes com perturbação de personalidade evitante, comparando-os com um grupo não-clínico. Verifica-se que a proximidade traz benefícios para os grupos clínicos (algum aumento dos afectos positivos e diminuição do isolamento e rejeição), mas com custos associados (aumento da vergonha para ambos os grupos de pacientes e, no caso

dos pacientes borderline, um aumento da zanga, no caso dos pacientes evitantes, um aumento da ansiedade).

Enquanto o estudo de Bornstein, Becker-Matero, Winarick e Reichman (2010) mostra a dependência relacional associada ao funcionamento borderline, o estudo de Stepp, Pilkonis, Yaggi, Morse e Feske (2009) aponta para a redução da ligação e integração social destes pacientes. King-Casas, Sharp, Lomax-Bream, Lohrenz, Fonagy e Montague (2008) verificaram também que os pacientes borderline têm maiores dificuldades do que participantes não clínicos em restaurar a cooperação em situações sociais.

Selby, Braithwaite, Joiner e Fichman (2008) verificaram que a presença de características borderline era preditora da disfuncionalidade das relações românticas.

Vallniiner, Hiraoka e Skowronski (2014) realizaram um estudo empírico em que verificaram que os pacientes borderline tinham maiores necessidades de *feedback* confirmatório do seu Self, apresentando níveis mais elevados de busca de confirmação do Self, sobretudo quando envolvidos num relacionamento amoroso.

Wilkinson-Ryan e Westen (2000) estudaram a perturbação de identidade dos pacientes borderline, comparando-os com um grupo de pacientes com outras perturbações de personalidade e com um grupo não-clínico. Encontraram quatro factores relacionados com a perturbação de identidade que distinguem a patologia borderline dos outros grupos: absorção por um único papel, sensação subjectiva e dolorosa de incoerência interna, inconsistência objectiva entre pensamentos, sentimentos e comportamento, e falta de compromisso. O factor com maior poder discriminativo era a sensação subjectiva e dolorosa de incoerência interna. Os dados permitem ainda considerar dois sub-grupos de pacientes borderline quanto à perturbação



de identidade, um definido pela desregulação emocional e disforia, outro de características histriónicas.

A ideia de sub-grupos aparece referida em León Grinberg (1997) com a caracterização de duas categorias de pacientes borderline, diferenciadas pelos sintomas, sistema defensivo e relações de objecto: os *pacientes borderline esquizóides* e os *pacientes borderline melancolóides*. Os *pacientes borderline esquizóides* mostram sobretudo intolerância à frustração, com predomínio das pulsões agressivas e grande tendência para passar ao acto. Estabelecem relações de um modo prematuro e muito frágil, onde fica evidente a sua susceptibilidade e defesas narcísicas, bem como movimentos de projecção evacuativa da angústia, e de fechamento ou retirada defensiva face ao que é sentido como persecutório. Os *pacientes borderline melancolóides* parecem tristes, mesmo quando não se sentem assim, buscam o contacto pele a pele, tentando colar-se ou atrelar-se como forma de recuperar uma relação simbiótica com o objecto, são muito sensíveis a qualquer sinal que antecipem como rejeição e tendem a reagir de um modo depressivo “branco”, no qual predomina uma experiência de vazio e o desinvestimento das funções psíquicas de representação.

Leihener e colaboradores (2003) identificaram dois sub-grupos de pacientes borderline tendo em conta o seu funcionamento interpessoal: *grupo autónomo* - pacientes que referem dificuldades de proximidade emocional ou frieza, e *grupo dependente* - pacientes que se caracterizam como mais submissos e com pouco controlo sobre os outros. Grupos com algum paralelo aos propostos por Linehan (1993) quando caracterizou os pacientes *tipo borboleta* que tinham compromissos inconsistentes com a terapia e nas relações em geral e os pacientes *vinculados*, com padrões relacionais de dependência.

Tramantano, Javier e Colon (2003) encontraram diferenças ao nível da estrutura e temática das relações de objecto em três sub-grupos de pacientes borderline, definidos com base na teoria de K. Horney (1945): *moving away*, *moving against*, e *moving toward*, como três respostas possíveis face às experiências de ansiedade básica: fuga, ataque e anulamento de si. Os resultados deste estudo demonstraram uma maior malevolência do mundo interno dos pacientes borderline relativamente a não-borderlines.

Em síntese, os estudos empíricos vêm suportar os enunciados teóricos (que fomos expondo nos capítulos anteriores) e mostram-nos que o paciente borderline, em situações de stress, revela-se mais disfuncional, que a desregulação afectiva e o predomínio de afectos negativos são centrais, os mecanismos de defesa são imaturos, que o seu mundo objectal é pautado por malevolência e falta de apoio, com défices de representação e uma experiência de Self a carecer de confirmação externa, sentida como incoerência interna dolorosa. Um dos palcos centrais do seu sofrimento é o das relações com os outros, onde a solidão é ameaçadora, mas a proximidade também gera sofrimento e ciclos de dificuldades interpessoais.

Levantamos então a primeira questão central do nosso estudo: qual o papel da angústia dominante na vida mental do paciente borderline?

Dagnan, Trower e Gilbert (2002) mostram que diferentes ameaças despoletam tipos de angústia distintos e geram vulnerabilidades do Self diferentes. Estes autores referem dois tipos nucleares de ameaça relativamente à construção do Self: a ameaça da exclusão/ rejeição que origina um Self inseguro (defensivamente dependente) e a ameaça da intrusão/ controlo que origina um Self engolfado (defensivamente distanciado), ameaças que derivam do contexto relacional significativo e das suas representações (veja-se capítulo 5).

Ora o paralelo destas ameaças geradoras de vulnerabilidades do Self com a dupla angústia que André Green (1990) indicou como dominante no funcionamento *borderline*: angústia de intrusão e angústia de abandono (ver capítulo 5), permite-nos concretizar a questão levantada de um modo mais específico, ou seja, em que medida é que as diferentes vulnerabilidades do Self à angústia de intrusão e de abandono nos permitem encontrar sub-grupos de pacientes *borderline* com características e necessidades terapêuticas distintas?

Uma segunda questão de investigação será a de esclarecer qual o papel das representações afectivas, ligadas à relação de objecto, na compreensão da sintomatologia do paciente *borderline* e na vulnerabilidade do Self à dupla angústia.

Como vimos, os estudos apontam para um mundo objectal marcado pela malevolência e falta de apoio (veja-se também o capítulo 3), mas interessa-nos colocar a questão de um modo complementar ao estudado, pensando que não só o paciente *borderline* evoca representações relacionais malévolas, como terá particular dificuldade em aceder a boas representações relacionais ligadas às experiências precoces com a figura do cuidador. Será que a incapacidade de aceder a boas representações, ou de evocar uma representação objectal tranquilizadora e abastecedora, poderá ter um impacto mais patogénico do que o evocar das representações negativas, apontando igualmente diferentes necessidades na relação destes pacientes com os seus terapeutas?

Ligando o universo das relações objectais às angústias que ele desperta e à génese do sofrimento, podemos referir a ideia de Masterson (1976) de que a patologia *borderline* poderia derivar de uma fixação desenvolvimentista traumática ao nível da sub-fase de reaproximação do processo de separação-individuação (veja-se o capítulo 2). Se tal acontecimento traumático se localizasse no início desta sub-fase, a criança experimentaria principalmente medos de engolfamento simbiótico e usaria mais defesas

de distanciamento; se a localização fosse posterior, a criança experimentaria sobretudo medo do abandono e usaria defesas de aproximação e manutenção da anáclise. Assim, o tipo de angústia dominante seria expressivo de uma maior ou menor precocidade do distúrbio em termos desenvolvimentistas, logo associado também a uma maior ou menor severidade do quadro.

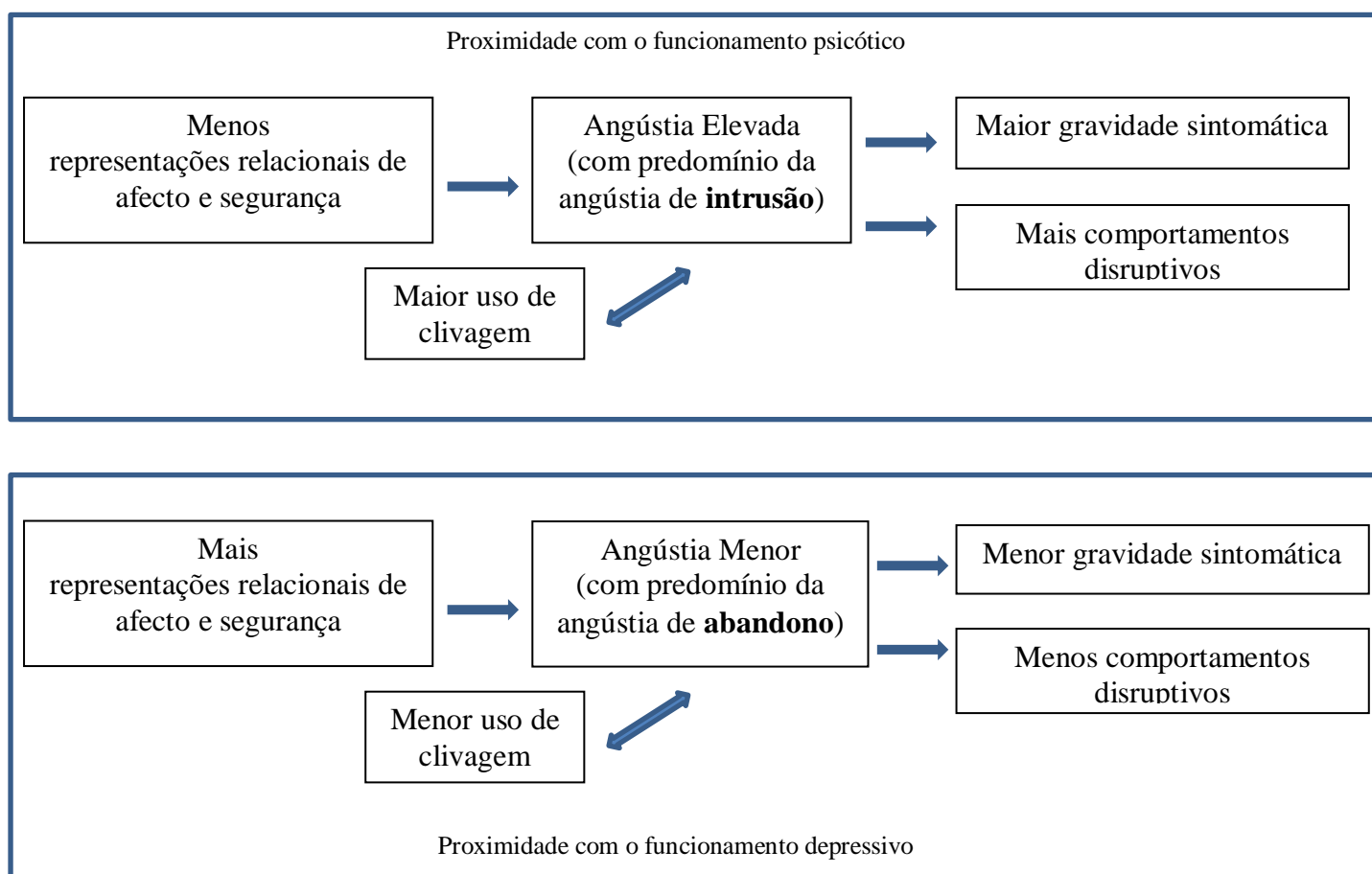
Daqui surge a ideia de que pacientes borderline mais vulneráveis à angústia de intrusão poderão ter uma maior proximidade com o funcionamento psicótico, maior precocidade de génese da patologia e maior severidade sintomática, sobretudo no que concerne aos comportamentos impulsivos auto-lesivos, enquanto pacientes com maior vulnerabilidade ao abandono estarão mais próximos do funcionamento depressivo/neurótico, mais tardio em termos desenvolvimentistas, e com uma expressão sintomática depressiva mais relevante.

Como objectivo central do nosso estudo pretendemos esclarecer a relação entre as representações da relação precoce, o tipo de angústias dominantes associadas a diferentes vulnerabilidades do Self e o uso de clivagens ao nível da representação do Self e do outro, nos pacientes com patologia borderline.

Colocamos a hipótese geral de que a maior dificuldade no acesso a representações internas calorosas relativas à relação precoce (pouco acesso à representação de um bom objecto interno) no paciente borderline se correlaciona positivamente com um tipo de angústia invasiva (angústia de intrusão e/ou outras de espectro psicótico: angústia de morte/ fragmentação) e leva o Self a necessitar de recorrer de modo mais intenso a defesas imaturas (clivagem). Por outro lado, consideramos que a possibilidade de aceder a representações internas calorosas relativas à relação precoce (acesso a uma representação de bom objecto interno) no paciente borderline se correlaciona positivamente com o predomínio de uma angústia de

abandono (em conjugação com outras do espectro depressivo/ neurótico), sendo o uso de clivagens ao nível do Self e do Objecto mais reduzido. Esperamos igualmente que haja uma expressão sintomatológica que expresse maior severidade no primeiro caso e menor no segundo.

Esquema das hipóteses centrais de caracterização do funcionamento borderline:



Assim, esperamos poder encontrar dois sub-grupos de pacientes borderline (ou dois sub-modos de funcionamento) com níveis de severidade distintos (expressando lesões em diferentes momentos do desenvolvimento mental) e exigências diferentes ao nível da relação terapêutica: um que se aproxime mais do funcionamento psicótico, pelo tipo de angústia, de representação da relação de objecto e de defesas utilizadas, outro que se aproxime mais do funcionamento depressivo.

No desenvolvimento do trabalho empírico levado a cabo no Estudo 2<sup>1</sup> considerámos também as seguintes hipóteses específicas:

- 1) Os grupos clínicos (borderline e depressão) apresentam maior sintomatologia depressiva do que o grupo não-clínico;
- 2) O grupo borderline apresenta maior sintomatologia borderline do que o grupo depressão e do que o grupo não-clínico;
- 3) O grupo borderline apresenta maiores níveis de comportamentos disruptivos do que o grupo depressão e do que o grupo não-clínico;
- 4) O grupo borderline tem menos acesso a representações relacionais de afecto e de segurança do que o grupo depressão e do que o grupo não-clínico;
- 5) O grupo borderline tem níveis globais de angústia mais elevados do que o grupo depressão e do que o grupo não-clínico;
- 6) O grupo borderline apresenta maiores níveis de angústias arcaicas (angústia de intrusão e da esfera psicótica e limite) do que o grupo depressão e do que o grupo não-clínico;
- 7) O grupo borderline apresenta níveis de clivagem superiores ao grupo depressão e ao grupo não-clínico;
- 8) Os pacientes com maiores níveis de angústia de intrusão têm maior uso de clivagem do que os pacientes com maior angústia de abandono;
- 9) Os pacientes com maiores níveis de angústia de intrusão têm menor acesso a representações relacionais de afecto e segurança do que os pacientes com maiores níveis de angústia de abandono;

---

<sup>1</sup> O Estudo 1, relativo aos instrumentos de medida, por ter objectivos e orientações psicométricas muito específicas, bem como por se instituir como trabalho prévio para poder realizar o estudo principal, será apenas considerado no capítulo seguinte, de modo a facilitar a leitura deste trabalho.

10) Os pacientes com maiores níveis de angústia de intrusão têm maiores níveis de comportamentos disruptivos do que os pacientes com maiores níveis de angústia de abandono.

O trabalho empírico levado a cabo no Estudo 3 teve como objectivo central a caracterização das representações relacionais relativas à experiência objectal do paciente borderline.

Considerámos a hipótese de haver diferenças qualitativas nas representações relacionais dos pacientes borderline, quando comparadas com as de pacientes com depressão e de participantes do grupo não-clínico, quanto à tonalidade emocional evocada, quanto às qualidades emergentes da representação afectiva da relação com o cuidador e quanto à qualidade da experiência emocional associada ao Self.

De um modo específico colocámos as seguintes hipóteses, no Estudo 3:

- 1) Os pacientes borderline evocam menos representações relacionais positivas dos que os pacientes depressivos e participantes do grupo não-clínico;
- 2) Os episódios evocados pelos pacientes borderline apresentam um crescendo de angústia, terminando em tonalidade negativa, pelo fracasso das defesas;
- 3) Os pacientes borderline evocam experiências de malevolência associadas ao cuidador qualitativamente diferentes das dos participantes dos grupos de comparação;
- 4) A qualidade da experiência emocional ligada ao Self nos pacientes borderline traduz níveis mais elevados de vulnerabilidade à intrusão quando comparado com os participantes dos grupos de referência.





ESTUDOS EMPÍRICOS

---



## **Estudo 1. Diagnóstico da Patologia Borderline, Vulnerabilidades do Self e**

### **Angústias Dominantes Percebidas – Instrumentos de Medida**

Para poder realizar o estudo principal desta investigação (Estudo 2), foi necessário o trabalho prévio de elaboração de uma metodologia empírica exequível, dentro dos constrangimentos de tempo e de disponibilidade dos participantes, e de tomada de decisão quanto à escolha de instrumentos de medida adequados aos propósitos da investigação. O Estudo 1, que aqui apresentamos, diz respeito a esse trabalho metodológico de construção e adaptação de instrumentos de medida a serem usados no Estudo 2.

O Estudo 1 organizou-se de acordo com dois objectivos:

- 1) Encontrar medidas de diagnóstico da patologia borderline e da sua caracterização sintomática que não fossem demasiado exigentes em termos de tempo de aplicação e que fossem precisas na capacidade de triagem;
- 2) Escolher instrumentos empíricos, relevantes numa linha psicodinâmica, que nos permitissem compreender a relação entre dimensões intrapsíquicas no paciente borderline, como: angústias dominantes, vulnerabilidade do Self, evocação de relações precoces e uso de clivagem.

Da revisão de literatura efectuada, foi possível optar por alguns instrumentos de medida já desenvolvidos<sup>1</sup>, mas ficou também o interesse em trazer algumas medidas estrangeiras para Portugal: MSI-BPD - *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* (Zanarini et al., 2003); BSL23 - *Boderline Symptom List - short version* (Bohus et al., 2009); e SOS - *Self and Other Scale* (Dagnan et al., 2002), e

---

<sup>1</sup> Os instrumentos já desenvolvidos serão considerados em detalhe no estudo 2, aqui apresentamos apenas aqueles que foram alvo de tradução ou criação e cujas qualidades psicométricas foram investigadas neste Estudo 1.

ensaiar a criação de uma escala nossa: EADP - *Escala de Angústias Dominantes Percebidas* (Medina, 2010).

### **7.1 Participantes**

O Estudo 1 diz respeito aos dados de 156 participantes, dos quais 53 integram um grupo não-clínico e 103 distribuem-se por dois grupos clínicos: 45 com diagnóstico de depressão e 58 com diagnóstico de perturbação de personalidade borderline.

Foram tomados como critérios de inclusão em todos os grupos do estudo: ser maior de 18 anos e ter como língua materna o português. E como critérios de exclusão: haver descompensação psicótica no período em que se realizou a investigação, e/ou consumo de substâncias (álcool e drogas) no intervalo de pelo menos uma semana anterior à data da recolha de dados.

Os participantes dos grupos clínicos são pacientes seguidos em Psiquiatria, Consultas de Psicologia Clínica ou Psicoterapia Individual, indicados pelo clínico responsável como tendo o diagnóstico de perturbação de personalidade borderline (grupo 2), ou depressão (grupo 1). Os dados foram recolhidos maioritariamente em Serviços Públicos de Saúde Mental (Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e extensão de Odivelas, Clínica Psiquiátrica de S. José em Telheiras, CAT de Loures e Centro de Saúde de Vila Viçosa), mas também foram incluídos pacientes seguidos numa IPSS (Instituto de Psicologia das Relações Humanas) e em consultórios de psicologia da área de Lisboa.

Os participantes do grupo 3 (grupo não-clínico) foram convidados a participar via rede de contactos de colaboradores de investigação e em diferentes contextos laborais, não tendo história prévia de internamento psiquiátrico, nem seguimento psicofarmacológico ou psicoterapêutico. O grupo não-clínico tem critérios de amostra

de conveniência e tentou-se atender à média de idades, nível de escolaridade e sexo dos participantes, de modo a que se pudesse constituir como grupo de controlo para as comparações necessárias ao Estudo 2.

### Quadro 1

#### *Caracterização dos participantes do grupo 1 - Depressão*

PARTICIPANTES GRUPO DEPRESSÃO		N = 45	%	Média	DP	Min	Máx
<i>Sexo</i>	Feminino	39	86.7				
	Masculino	6	13.3				
<i>Idade</i>				44.53	10.89	24	63
<i>Escolaridade</i>	< Ensino Secundário	22	48.9				
	Ensino Secundário	13	28.9				
	Licenciatura	7	15.6				
	> Licenciatura	2	4.4				
<i>Emprego</i>	Sim	32	71.1				
	Não	13	28.9				
<i>Anos de emprego</i>				9.48	11.27	0	39
<i>Profissão</i>	Indiferenciada e Sector Primário	5	11.1				
	Sector Secundário	--	--				
	Sector Terciário	32	71.1				
	Liberal c/ exigência curso superior	6	13.3				
	Estudante	0	0				
	Reformado	2	4.4				
<i>Relação conjugal</i>	Sim	28	62.2				
	Não	17	37.8				
<i>Duração da relação conjugal (anos)</i>				10.90	12.94	0	40
<i>Filhos</i>	Sim	32	73.3				
	Não	12	26.7				
<i>Vive...</i>	Sozinho	12	26.7				
	Com outros	33	73.3				

O grupo 1 é constituído por 45 pacientes com diagnóstico de depressão, 86.7% dos quais são do género feminino, tem uma média de idades de 44.5 anos, com uma dispersão entre os 24 e os 63 anos. O escalão etário predominante neste grupo é o escalão com idade superior a 50 anos (40.0%,  $n = 18$ ). Quase metade (48.9%) tem uma escolaridade inferior ao ensino secundário. Os sujeitos com o ensino superior representam 20.0% da amostra. Mais de metade encontra-se empregada (71.1%) em

termos médios há cerca de 9.4 anos. A maioria exerce funções no sector terciário (71.1%) e encontra-se numa relação conjugal (62.2%). A duração média da relação conjugal é de 10.9 anos. Uma percentagem elevada tem filhos (73.3%). Destes, 50,0% têm dois filhos e 37.5% um filho. A maioria (73.3%) vive acompanhada.

## Quadro 2

### *Caracterização dos participantes do grupo 2 - Borderline*

PARTICIPANTES GRUPO BORDERLINE		N = 58	%	Média	DP	Min	Máx
Sexo	Feminino	42	72.4				
	Masculino	16	27.6				
Idade				38.76	11.27	19	57
Escolaridade	< Secundário	25	43.1				
	Ensino Secundário	9	15.5				
	Licenciatura	24	41.4				
Emprego	Sim	26	44.8				
	Não	32	55.2				
Anos de emprego				4.87	9.2	0	33
Profissão	Indiferenciada e Sector Primário	2	3.4				
	Sector Secundário	--	--				
	Sector Terciário	31	53.4				
	Liberal c/ exigência curso superior	9	15.5				
	Estudante	7	12.1				
	Reformado	1	1.7				
Relação conjugal	Sim	26	44.8				
	Não	32	55.2				
Duração da relação conjugal (anos)				5.81	9.95	0	39
Filhos	Sim	28	48.3				
	Não	30	51.7				
Nº de filhos				0.79	0.95	0	3
Vive com...	Sozinho	12	20.7				
	Com outros	46	79.3				

O grupo 2 é constituído por 58 pacientes com diagnóstico de perturbação de personalidade borderline, 72.4% dos quais são do género feminino. A média de idades é de 38.7 anos, com uma dispersão entre os 19 e os 57 anos. O escalão etário predominante neste grupo é o escalão 31 - 40 anos (34.5%,  $n = 20$ ). Cerca de 44.0% tem uma escolaridade inferior ao ensino secundário. Os sujeitos com o ensino superior

representam 41.4% da amostra. Um pouco mais de metade não se encontra empregada (55.2%). Os que estão empregados desempenham funções no sector terciário (53.4%), em termos médios há cerca de 4.8 anos. A maioria não se encontra numa relação conjugal (52.2%) e não tem filhos (51.7%). Dos que têm filhos, 46.2% têm um filho e 42.8% dois filhos. A maioria (79.3%) vive acompanhada.

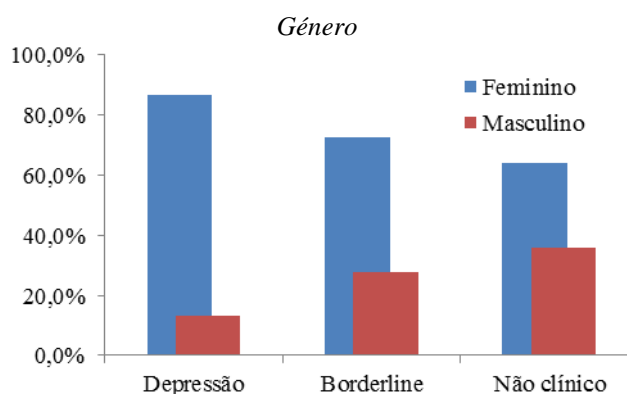
### Quadro 3

#### *Caracterização dos participantes do grupo 3 - Não-clínico*

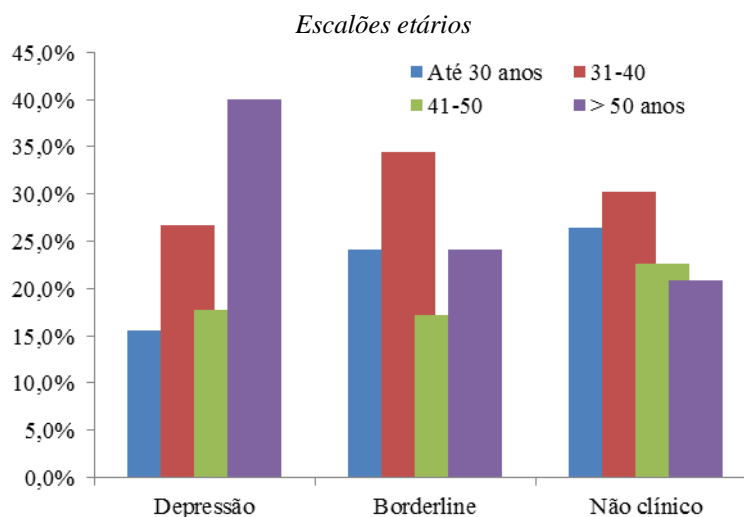
PARTICIPANTES GRUPO NÃO-CLÍNICO		N=53	%	Média	DP	Min	Máx
Sexo	Feminino	34	64.2				
	Masculino	19	35.8				
Idade				39.6	10.97	19	62
Escolaridade	< Ensino Secundário	13	24.5				
	Ensino Secundário	17	32.1				
	Licenciatura	22	41.5				
	> Licenciatura	1	1.9				
Emprego	Sim	45	84.9				
	Não	8	15.1				
Anos de emprego				8.9	9.17	0	33
Profissão	Indiferenciada e Sector Primário	1	1.9				
	Sector Secundário	2	3.8				
	Sector Terciário	29	54.7				
	Liberal c/ exigência curso superior	17	32.1				
	Estudante	1	1.9				
	Reformado	1	1.9				
Relação conjugal	Sim	40	75.5				
	Não	11	20.8				
Duração da relação conjugal (anos)				10.0	10.49	0	37
Filhos	Sim	28	56.6				
	Não	23	43.4				
Vive com...	Sozinho	4	7.5				
	Com outros	47	88.7				

O grupo 3 é constituído por 53 participantes sem diagnóstico clínico, 64.2% dos quais são do género feminino. Tem uma média de idades de 39.6 anos, com uma dispersão entre os 19 e os 62 anos. O escalão etário predominante neste grupo é o escalão 31 - 40 anos (30.2%, n=16). A proporção de sujeitos com o ensino superior é de 43.4%. Uma percentagem elevada encontra-se empregada (84.9%), em termos médios

aproximadamente há 9 anos. A maioria exerce funções no sector terciário (54.7%) e encontra-se numa relação conjugal (75.5%). A duração média da relação conjugal é de 10 anos. Um pouco mais de metade tem filhos (56.6%). Destes, 50.0% têm dois filhos e 42.8% um filho. Uma percentagem bastante elevada (88.7%) vive acompanhada.



*Figura 1.* Género dos participantes dos três grupos do Estudo 1



*Figura 2.* Idades dos participantes dos três grupos do Estudo 1



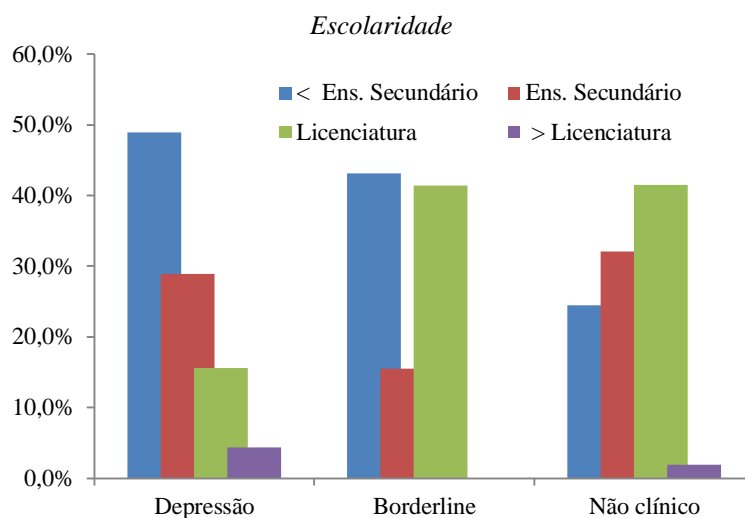


Figura 3. Escolaridade dos participantes dos três grupos do Estudo 1

#### Quadro 4

*Comparação da situação clínica dos pacientes do Estudo 1 (Depressão vs Borderline)*

Situação clínica		Grupo – Depressão N=45		Grupo – Borderline N=58	
		N	%	N	%
Seguimento psiquiátrico	Sim	35	77.8	40	69.0
	Não	10	22.2	18	31.0
	Duração(anos)	M=4.4	Dp=6,9	M=4.1	Dp=7.3
Seguimento psicológico	Sim	37	82.2	50	86.2
	Não	8	17.8	1	1.7
	Duração (anos)	M=1.6	Dp=3.9	M=2.5	Dp=3.3
Internamentos psiquiátricos	Sim	19	42.2	29	50.0
	Não	26	57.8	28	50.0
	Quantos (nº)	M=1.0	Dp=1.6	M=1.3	Dp=1.9
Medicação psiquiátrica	Sim	34	75.6	40	69.0
	Não	11	24.4	18	31.1
Consumo de drogas	Sim	2	4.4	15	25.9
	Não	43	95.6	43	74.1

A proporção de sujeitos com seguimento psiquiátrico é ligeiramente superior no grupo com diagnóstico de depressão (77.8% vs 69.0%), sendo a média do seguimento muito semelhante em ambos os grupos (4.4 anos vs 4.1 anos). Já no que se refere ao

seguimento psicológico, a proporção é mais elevada no grupo com diagnóstico borderline (86.2% vs 82.2%), sendo a média de anos de seguimento também mais elevada neste grupo (2.5 anos vs 1.6 anos). Metade do grupo com diagnóstico borderline tem internamentos psiquiátricos, enquanto no grupo com diagnóstico de depressão esta proporção desce para 42.2%. Relativamente à medicação psiquiátrica, esta é mais elevada no grupo com diagnóstico de depressão (75.6% vs 69.0%), sendo o consumo de drogas bastante mais expressivo no grupo com diagnóstico borderline (25.9% vs 4.4%).

Quando comparamos os grupos clínicos com o grupo não-clínico constatamos que eles são relativamente semelhantes em termos de distribuição por género,  $\chi^2 (1) = 3.792, p = .051$ , média de idades,  $t(154) = 0.871, p = .385$  e nível de escolaridade,  $\chi^2 (3) = 6.976, p = .073$ .

As diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos situam-se ao nível da situação profissional,  $\chi^2 (1) = 12.756, p = .001$ , apresentando o grupo não-clínico uma proporção mais elevada de sujeitos empregados (84.9% vs 56.3%), e da relação conjugal,  $\chi^2 (1) = 9.699, p = .002$ . Novamente, a proporção de sujeitos com relação conjugal é superior no grupo não-clínico (78.4% vs 52.4%).

## 7.2 Instrumentos desenvolvidos no Estudo 1

**MSI-BPD - McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder**  
(Zanarini, Vujanovic, Parachini, Boulanger, Frankeburg & Hennen, 2003)

Esta medida é constituída por um conjunto de 10 questões que derivam em termos teóricos da secção relativa à Perturbação de Personalidade Borderline da Entrevista de Diagnóstico DSM-IV eixo II. É uma medida de rastreio com um ponto de

corte de 7 ou mais para indicar a presença da perturbação em causa e tem boa sensibilidade: 81% de casos identificados e 85% de não-casos discriminados também, e em jovens adultos a sensibilidade aumenta para 90% e 93% respectivamente (Zanarini et al., 2003).

Num estudo realizado no *McLean Hospital Campus*, com uma amostra de 200 participantes, os autores realizaram análises de regressão logística para ver como se comportava a sensibilidade (detecção de casos borderline) e a especificidade (identificação de não-casos borderline) da escala com diferentes pontos de corte e chegaram à conclusão de que o melhor é a pontuação de 7 ou mais, por garantir ao mesmo tempo alta sensibilidade (.81) e alta especificidade (.85). Um ponto de corte de 6 continua a ter alta sensibilidade (.89), mas menor especificidade (.66) e com ponto de corte em 8, a sensibilidade reduzia (.60), enquanto a especificidade aumentava (.95). A medida apresenta bons níveis de precisão, em estudos de teste-reteste (Spearman  $r=.72$ ,  $p<.0001$ ), nas correlações item-total (variando entre .45 e .63), com um  $\alpha$  de Cronbach de .74 (Zanarini et al., 2003).

A versão finlandesa da MSI-BPB (Melartin et al., 2009) obteve valores de consistência interna de .77, valores de sensibilidade de .82 e de especificidade de .72, e replicou o resultado do melhor ponto de corte da escala ser a pontuação de 7 para discriminar entre pacientes borderline e não-borderline.

Num estudo de Gardner & Qualter (2009) com 523 participantes, a MSI-BPD foi comparada com duas outras medidas de triagem da patologia borderline: PAI-BOR - *Personality Assessment Inventory - Borderline Features Scale* (Morey, 1991) e PDQ4-BPD - *Personality Diagnostic Questionnaire-4* (Hyler, 1994), quanto à precisão e validade. Os dados mostram a MSI-BPD como uma medida válida da patologia borderline como um constructo global de diagnóstico (bom ajustamento a um modelo

de factor único), trazem evidências claras quanto à validade convergente entre as três medidas (valores de  $r$  entre .84 e .85, na convergência com as outras medidas), confirmam o valor de triagem, quer em populações clínicas, quer em populações não clínicas e indicam um valor de precisão ( $\alpha$  de Cronbach) de .86.

**BSL23 - Borderline Symptom List - short version** (Bohus, Limberger, Stieglitz, Chapman, Steil, Philipsen & Wolf, 2009/ versão experimental. port. Albuquerque & Medina, 2010)

Instrumento de auto-avaliação que mede a severidade da sintomatologia típica da patologia borderline. Os itens deste instrumento derivam teoricamente do sistema DSM-IV e da DIB-R (*Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder-Revised*), bem como do trabalho clínico com estes pacientes. A BSL23 foi criada com base nos itens da BSL95 mais sensíveis ao diagnóstico da perturbação borderline; trata-se de uma versão reduzida composta por 23 itens respondidos numa escala de intensidade de 5 pontos. Este instrumento inclui também uma escala gráfica, em que o sujeito indica em percentagem como se sentiu em geral na semana anterior, e um suplemento que avalia o comportamento, composto por 11 itens apreciados numa escala de frequência com 5 pontos.

Bohus, Limberger, Frank, Chapman, Kuhler e Stieglitz apresentaram em 2007 o estudo das propriedades psicométricas da BSL numa amostra de 380 pacientes borderline e 204 participantes de um grupo de controlo. A análise factorial sugere 7 sub-escalas: “auto-percepção”, “regulação emocional”, “auto-destruição”, “disforia”, “solidão”, “intrusões” e “hostilidade”, explicando 54% da variância. A consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach de .97) e a precisão teste-reteste ( $r=.84$ ,  $p<.001$ ) são elevadas. Os dados de validade são também bons e a escala parece sensível às mudanças

psicoterapêuticas. De notar que os resultados de correlação com escalas de depressão muito usadas (BDI e HAMD) são elevados, como era previsto, devido às sub-escalas que medem auto-destruição, solidão e disforia.

O desenvolvimento da BSL23 foi realizado com base numa amostra de 379 pacientes borderline. Os estudos psicométricos da escala foram realizados em 5 amostras diferentes incluindo um total de 659 pacientes borderline, obtendo valores de consistência interna de .935 a .969, e discriminando claramente os pacientes borderline de pacientes com perturbação de eixo I (tamanho do efeito médio de 1.13), e mostrou-se sensível para detectar mudanças psicoterapêuticas em 3 meses de terapia comportamental-dialéctica (Bohus et al., 2009).

### **SOS - Self and Other Scale** (Dagnan, Trower & Gilbert, 2002)

É uma medida de auto-avaliação composta por 14 itens com pontuações em escala de Likert de 5 pontos, expressando intensidade. Pretende avaliar dois tipos de ameaça que geram vulnerabilidades no Self: vulnerabilidade à exclusão (Self inseguro); e vulnerabilidade à intrusão (Self “engolfado”).

Os dados empíricos suportam uma estrutura de 2 factores, como previsto teoricamente, um que dá conta da ameaça para o Self da exclusão, abandono, indiferença e rejeição por parte de outros significativos, outro que dá conta do medo da intrusão, controlo e domínio. Em dois grupos de participantes (um com 143 mulheres e 55 homens, com uma média de idades de 20.2, DP=3.6; outro com 140 mulheres e 39 homens, com média de idades de 20.5, DP= 3.9) a escala apresentou bons níveis de consistência interna:  $\alpha$  de Cronbach de .76 na escala de vulnerabilidade à exclusão/abandono (e média corrigida de correlação item-total de .49) e  $\alpha$  de Cronbach de .78 na escala de vulnerabilidade à intrusão (e média corrigida de correlação item-

total de .51), e valores de escala total de .5 de correlação item-total e de .84 de  $\alpha$  de Cronbach (Dagnan et al., 2002).

As propriedades psicométricas desta escala foram estudadas também numa população não-clínica de adultos (N=150), encontrando-se suporte empírico para afirmar que as duas sub-escalas têm uma distribuição aproximada à Normal, sugerindo que a medida expresse uma característica distribuída normalmente na população. Os resultados médios na escala de vulnerabilidade à exclusão/abandono foram de 16.95 (DP=5.65) e na de vulnerabilidade à intrusão de 18.97 (DP=6.72). Os dados mostram uma correlação positiva significativa entre os resultados das duas escalas ( $r=.446$ ,  $p<.001$ ). Ambas têm boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach de .768 e  $\alpha$  de Cronbach de .823) e bons resultados nos estudos de teste-reteste (.811 e .731), além dos estudos factoriais suportarem a estrutura teórica da escala com dois factores, um dando conta de 33.2% da variância relativa ao “engolfamento” (risco de intrusão), outro dando conta de 12.6% da variância relativa à insegurança do Self (risco de abandono) (Dexter-Smith et al., 2003).

A versão portuguesa da SOS foi estudada por nós, conjuntamente com uma medida de relações interpessoais, PROQ3 - *Person's Relating to Others Questionnaire* (Birtchnell, versão experimental portuguesa Medina et al., 2004) num estudo exploratório com uma amostra de estudantes universitários da FP-UL, ISPA, ISCTE e ISEL (N=74, idade média= 22, DP=5.3), apresentado no VII - Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (Braga, 2010). Os resultados encontrados são muito equivalentes aos da versão original britânica. O valor médio relativo ao “Self inseguro” (ou vulnerabilidade ao abandono) foi de 20.5 (DP=4.7) e relativo ao “Self engolfado” (ou vulnerabilidade à intrusão) foi de 18.4 (DP=4.9), logo, muito semelhantes aos obtidos por Dagnan e colaboradores em 2002. Uma análise factorial exploratória

apontou 5 factores com *eigenvalue* superiores a 1, mas uma vez que os dois primeiros explicavam 39.66% da variância e expressavam de um modo mais coerente a estrutura teórica subjacente à construção das sub-escalas, foi estudada uma solução de dois factores (PCA rotação *Varimax*), sendo que o primeiro factor (*eigenvalue*=3.3) explicava 23.56% da variância e dava conta de itens que expressavam vulnerabilidade à intrusão (Self engolfado); e o segundo factor (*eigenvalue*=2.25) explicava 16.10% da variância e comportava itens que expressavam vulnerabilidade ao abandono (Self inseguro). Os valores de  $\alpha$  de Cronbach obtidos foram de .70 para a vulnerabilidade ao abandono e de .69 para a vulnerabilidade à intrusão.

#### **EADP - Escala de Angústias Dominantes Percebidas (Medina, 2010)**

Instrumento de auto-avaliação composto por 12 itens com pontuações em escala de Likert de 5 pontos expressando intensidade. Inclui três conjuntos de quatro itens cada, derivados das referências teóricas psicodinâmicas (Patrick-Charrier & Hirschelmann-Ambrosi, 2006; McWilliams, 2005/1994), enunciando angústias típicas do funcionamento psicótico, borderline e neurótico/depressivo, respectivamente. Esta escala mede a percepção que o sujeito tem de quais as angústias que mais afectam o seu funcionamento em momentos de sofrimento psicológico.

### 7.3 Procedimento<sup>2</sup>

Foram contactados os autores dos instrumentos de medida escolhidos para serem traduzidos que, não só deram o seu consentimento para a realização do processo de adaptação das medidas, como foram acompanhando as várias etapas de tradução<sup>3</sup>, retroversão e esclarecimento de dúvidas.

O instrumento de medida criado de novo EADP - *Escala de Angústias Dominantes Percebidas* foi elaborado com base em pesquisas teórico-clínicas e foi alvo de discussão com outros psicólogos de formação dinâmica e com o orientador de tese.

As versões traduzidas finais dos instrumentos e a nova escala foram incluídas em cadernos de protocolo<sup>4</sup> em conjunto com as outras medidas implicadas no Estudo 2 e Estudo 3.

Para a recolha de dados em contexto de Instituições de Saúde, relativos aos participantes dos grupos clínicos, foi submetido primeiro o projecto de tese e solicitadas previamente autorizações às Comissões de Ética e Investigação das respectivas instituições.

Os participantes foram convidados a colaborar na investigação de modo voluntário, mediante consentimento informado e garantindo-se a confidencialidade. A recolha de dados foi realizada sempre com a presença de um psicólogo investigador, sendo que, quanto aos dados dos participantes dos grupos clínicos, realizou-se nos

---

<sup>2</sup> Uma vez que o Estudo 1 se realizou ao mesmo tempo que o Estudo 2, o procedimento particular mais detalhado de constituição de amostras de participantes, de recolha e tratamento de dados, bem com os cuidados ético-deontológicos implicados, serão apresentados aquando do Estudo 2 para não se tornar redundante este capítulo da tese e por fazer mais sentido incluí-los ligados ao estudo principal.

<sup>3</sup> Colaboraram neste processo de tradução/retroversão um tradutor profissional da empresa *Dialectus* e psicólogos clínicos: duas psicólogas portuguesas a exercer a sua actividade profissional no Reino Unido há cerca de 10 anos e um psicólogo residente em Portugal com bom domínio da língua inglesa, de modo a cumprir os requisitos deste processo, não apenas em termos de correcção linguística, mas também de precisão dos conceitos clínicos.

<sup>4</sup> Os cadernos de protocolo incluem duas partes: uma que guia as questões do investigador e permite a recolha de informação relativa ao diagnóstico, situação clínica e registo de um episódio de vida na infância; outra que é entregue ao participante e engloba um conjunto de medidas de auto-relato, além de questões sobre dados demográficos.



locais de seguimento terapêutico onde os pacientes habitualmente têm as suas consultas e mediante a referência do clínico (psicólogo ou psiquiatra) que segue o paciente, e a recolha de dados dos participantes do grupo não-clínico ocorreu no local de trabalho ou na residência do participante.

Todos os participantes, quer dos grupos clínicos, quer do grupo não-clínico só colaboraram uma única vez no estudo e todas as colaborações foram presenciais com duração de cerca de 35/40 minutos.

#### **7.4 Procedimentos estatísticos**

Os procedimentos estatísticos do Estudo 1 orientaram-se de acordo com o objectivo central de investigar as qualidades psicométricas das medidas desenvolvidas.

Além da estatística descritiva dos itens que compõem os instrumentos, procedeu-se à determinação da consistência interna das medidas e escalas que as constituem pelo cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach e também correlação item-total. O cálculo de coeficientes de correlação de Pearson permitiu estudar também a relação entre sub-escalas dos instrumentos. Por último, foram realizadas análises factoriais exploratórias para estudar o suporte empírico que os dados pudessem trazer à estrutura das medidas originais (no caso das adaptadas) ou derivada da concepção teórica (no caso da escala criada).

Realizaram-se ainda estudos de validade convergente entre a medida SOS e EADP que se espera medirem de modo complementar uma mesma dimensão de angústia e MSI-BPD e BSL23 que dão conta do diagnóstico da patologia borderline.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

## 7.5 Resultados do Estudo 1

### 7.5.1 Medidas de Diagnóstico da Patologia Borderline

- Qualidades psicométricas da MSI-BPD - *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder*

A versão portuguesa da MSI-BPD apresenta valores de consistência interna medidos pelo coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .85 (N=155) e correlações item-total corrigidas variam entre .40 e .70. Analisando os valores obtidos nas amostras clínicas temos um  $\alpha$  de Cronbach de .74 e correlações item-total entre .24 e .56. Quanto ao grupo não-clínico as correlações variam entre .26 e .57 e o valor de  $\alpha$  de Cronbach é de .71. Os resultados obtidos apontam para bons níveis de consistência interna desta medida.

Uma análise factorial exploratória com rotação Varimax extrai dois factores: o primeiro explica 43.5% e o segundo 10.2% da variância total. Embora este resultado não aponte na mesma direcção do estudado pelos autores como medida de factor único, pela análise dos itens que saturam no segundo factor encontramos compreensibilidade para aparecer separado, uma vez que os 3 itens dão conta de dimensões relacionais (rupturas nas relações, tentativas de evitar o abandono e vazio), ao passo que os itens relativos ao primeiro factor englobam dimensões associadas a difusão de identidade, impulsividade, estados emocionais de zanga, desconfiança e mau-humor, auto-agressões e perda de contacto com os limites da realidade.

#### Quadro 5

##### Valores da MSI-BPD no Estudo 1

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP	Alfa de Cronbach
Amostra total	155	0	10	4.61	3.17	.85
Grupos clínicos	102	0	10	6.14	2.56	.74
Grupo não-clínico	53	0	9	1.66	1.90	.71

- Qualidades psicométricas da BSL23 - *Borderline Symptom List- short version*

A BSL23 apresenta um valor de  $\alpha$  de Cronbach de .96, quando temos em consideração todos os participantes (N=155) e de .95, quando consideramos apenas os participantes dos grupos clínicos. Já na escala comportamental que completa a medida, o valor de consistência interna é de .604. As correlações item-total corrigidas variam entre .54 e .85.

#### Quadro 6

##### *Valores da BSL23 no Estudo 1*

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP	Alfa de Cronbach
<i>BSL23</i>						
Amostra total	146	23	108	45.15	21.90	.96
Grupos clínicos	96	23	108	53.48	22.49	
Grupo não-clínico	50	23	54	29.16	6.44	
<i>BSLcomportamental</i>						
Amostra total	154	11	27	13.11	3.19	.60
Grupos clínicos	101	11	27	13.93	3.58	
Grupo não-clínico	53	11	18	11.55	1.22	

- Validade Convergente MSI-BPD e BSL23

Para verificar a validade convergente entre os resultados da MSI-BPD e BSL23 (e BSL-escala comportamental), realizou-se um estudo correlacional (através do cálculo de coeficientes de correlação de Pearson em teste bilateral) e encontraram-se valores significativos (para um nível de significância de 0.01) indicando correlações positivas de força moderada: de .685 para a correlação entre MSI-BPD e a BSL23 e de .475 na correlação entre a MSI-BPD e BSL-escala comportamental. Quando tomamos em

separado os dados empíricos relativos aos grupos clínicos e não-clínicos os resultados são idênticos.

### 7.5.2 Medidas de vulnerabilidade do Self à angústia

- Qualidades psicométricas da SOS - *Self and Other Scale*

A consistência interna da medida, expressa através do  $\alpha$  de Cronbach, é de .88 na amostra total. No grupo clínico, que engloba os pacientes com diagnóstico de depressão e os pacientes com perturbação borderline, o valor é de .78 e no grupo não-clínico de .76. Na sub-escala de vulnerabilidade ao abandono os valores de consistência são de .80 (no grupo clínico .77 e no grupo não-clínico .66) e na sub-escala de vulnerabilidade à intrusão também de .80 (no grupo clínico .76 e no grupo não-clínico .73).

As correlações item-total corrigidas variam entre .39 e .63, tomando em consideração o total dos participantes e entre .41 e .62, se considerarmos os dados dos grupos clínicos diferenciados dos do grupo não-clínico, todas significativas para  $p < 0.01$ .

Uma análise factorial exploratória permitiu extrair 4 factores com *eigenvalue* superiores a 1, sendo que os dois primeiros explicam 44.22 % da variância total. Realizando uma análise factorial com uma solução de 2 factores (PCA rotação *Varimax*) que replicasse o modelo de análise dos autores, encontrámos um factor com um *eigenvalue* de 4.74 a dar conta de 33.85% da variância e englobando todos os itens relativos à dimensão de vulnerabilidade à intrusão e mais o item 7, e um segundo factor com um *eigenvalue* de 2.01, a dar conta de 14.35% da variância e cujos itens estão associados à dimensão de vulnerabilidade ao abandono. Assim, apenas o item 7 “*Há certas pessoas que são essenciais para eu me sentir alguém*” aparece deslocado da

dimensão conceptual onde teoricamente faria sentido. Podemos pôr em causa a sua formulação ser mais ambígua na versão portuguesa do que no instrumento original.

#### Quadro 7

##### *Valores da SOS no Estudo 1*

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP	Alfa de Cronbach
<i>Amostra total</i>						
SOS <sub>total</sub>	145	14	64	37.16	11.64	.85
SOS <sub>abandono</sub>	148	7	35	19.66	6.73	.80
SOS <sub>intrusão</sub>	151	7	34	17.48	6.88	.80
<i>Grupos clínicos</i>						
SOS <sub>total</sub>	95	14	64	41.89	10.47	.78
SOS <sub>abandono</sub>	96	7	35	22.10	6.50	.77
SOS <sub>intrusão</sub>	100	7	34	19.79	6.61	.76
<i>Grupo não-clínico</i>						
SOS <sub>total</sub>	50	14	42	28.16	7.88	.77
SOS <sub>abandono</sub>	52	7	25	15.13	4.45	.66
SOS <sub>intrusão</sub>	51	7	24	12.96	4.91	.73

- Qualidades psicométricas da EADP - *Escala de Angústias Dominantes Percebidas*

A consistência interna da EADP, expressa através do  $\alpha$  de Cronbach, é de .91 para a amostra total (valores para o grupo clínico de .84 e para o grupo não-clínico de .93). Quando tomamos em consideração as 3 sub-escalas que foram conceptualizadas teoricamente, expressando angústias da esfera psicótica, limite e neurótica, os valores são os seguintes: EADP psicótica de .78; EADP limite de .74; e EADP neurótica de .86.

## Quadro 8

*Valores da EADP e sub-escalas teóricas no Estudo 1*

Estrutura teórica	N	Mínimo	Máximo	Média	DP	Alfa de Cronbach
<i>EADPtotal</i>						
<i>Amostra total</i>	154	12	60	34.89	12.44	.91
<i>Grupos clínicos</i>	101	13	60	39.44	10.43	.84
<i>Grupo não-clínico</i>	53	12	51	26.23	11.40	.93
<i>EADP1 psicose</i>						
<i>Amostra total</i>	156	4	20	10.65	4.60	.78
<i>Grupos clínicos</i>	103	4	20	12.10	4.39	.73
<i>Grupo não-clínico</i>	53	4	18	7.85	3.61	.82
<i>EADP2 limite</i>						
<i>Amostra total</i>	154	4	20	11.55	4.62	.74
<i>Grupos clínicos</i>	101	4	20	13.11	4.11	.62
<i>Grupo não-clínico</i>	53	4	17	8.57	4.06	.77
<i>EADP3 neurose</i>						
<i>Amostra total</i>	156	4	20	12.59	4.79	.86
<i>Grupos clínicos</i>	103	4	20	14.02	4.21	.80
<i>Grupo não-clínico</i>	53	4	19	9.81	4.61	.89

No Quadro 9, que apresentamos a seguir, podemos apreciar as correlações entre os itens da EADP e o valor total da escala, bem como com as suas dimensões teóricas corrigidas por sobreposição. Os coeficientes são todos positivos, significativos e moderados, ou elevados. Como esperado, os coeficientes são mais elevados com as dimensões a que pertencem do que com as restantes dimensões.

## Quadro 9

*EADP - Correlações item-total e item-total de sub-escala (dimensões teóricas)*

itens	Dimensões teóricas			
	EADP Total	EADP Psicose	EADP Limite	EADP Neurose
EADP1	.707**	.878**	.580**	.443**
EADP2	.700**	.859**	.577**	.442**
EADP3	.787**	.773**	.696**	.619**
EADP4	.477**	.589**	.332**	.363**
EADP5	.748**	.619**	.774**	.603**
EADP6	.649**	.515**	.741**	.470**
EADP7	.565**	.416**	.668**	.435**
EADP8	.797**	.575**	.814**	.740**
EADP9	.769**	.510**	.727**	.816**
EADP10	.754**	.549**	.619**	.838**
EADP11	.733**	.462**	.612**	.879**
EADP12	.718**	.512**	.556**	.845**

\*\*  $p \leq ,01$

Para estudar a estrutura da medida criada, realizou-se uma PCA exploratória que extraiu 2 factores, com *eigenvalue* superior a 1, que explicam 60.6% da variância, o primeiro dá conta de 50.0% e um segundo 10.6% da variância, com uma saturação dos itens nos factores que suporta a estrutura conceptual proposta:

Factor 1 (expressa angústias mais neuróticas, excepto nos 2 últimos itens) comporta os itens: (11) *Tenho medo de desagradar às pessoas de quem gosto*; (9) *Tenho medo de perder o afecto das pessoas que são importantes na minha vida*; (10) *Tenho medo que as pessoas próximas me julguem culpado*; (8) *Tenho medo de ser abandonado*; (12) *Tenho medo de não ser capaz*; (5) *Tenho medo de ficar sozinho sem o apoio de ninguém*; (7) *Tenho medo de explodir e agredir alguém*; (4) *Tenho medo de morrer*

Factor 2 (expressa angústias mais graves/ psicóticas ou limite) comporta os itens: (1) *Tenho medo de enlouquecer*; (2) *Tenho medo de perder a noção de quem sou*;

(3) *Tenho medo de sentir um sofrimento tão grande que me destrua;* (6) *Tenho medo de ficar dependente e controlado por outra pessoa.*

Repetindo o estudo de correlações, mas agora considerando as 2 dimensões empíricas derivadas da análise factorial como sub-escalas da EADP, o resultado foi semelhante, como se mostra no Quadro 10, ou seja, os coeficientes são mais elevados com as dimensões empíricas a que pertencem do que com as restantes dimensões.

Quadro 10

*EADP- Correlações item-total e item-total de sub-escala (dimensões empíricas)*

itens	Dimensões factoriais	
	EADP psicose	EADP neurose
EADP1	.877**	.527**
EADP2	.860**	.524**
EADP3	.785**	.687**
EADP4	.324**	.514**
EADP5	.603**	.741**
EADP6	.741**	.516
EADP7	.454**	.567**
EADP8	.576**	.833**
EADP9	.525**	.823**
EADP10	.535**	.794**
EADP11	.468**	.805**
EADP12	.503**	.763**

\*\*  $p \leq ,01$



No Quadro 11 apresentam-se os valores da medida EADP, tendo em conta as sub-escalas derivadas da análise factorial exploratória.

Quadro 11

*Valores da EADP e sub-escalas empíricas no Estudo 1*

Estrutura empírica	N	Mínimo	Máximo	Média	Dp
<i>EADPtotal</i>					
<i>Amostra total</i>	154	12	60	34.89	12.44
<i>Grupos clínicos</i>	101	13	60	39.44	10.43
<i>Grupo não-clínico</i>	53	12	51	26.23	11.40
<i>EADP psicose</i>					
<i>Amostra total</i>	115	4	20	11.01	5.05
<i>Grupos clínicos</i>	102	4	20	13.25	4.45
<i>Grupo não-clínico</i>	53	4	20	8.13	4.18
<i>EADP neurose</i>					
<i>Amostra total</i>	115	4	20	11.15	4.37
<i>Grupos clínicos</i>	102	4	20	13.00	3.80
<i>Grupo não-clínico</i>	53	4	16	9.05	3.90

Realizando uma análise factorial com uma solução de 3 factores (PCA rotação *Varimax*), solução que conceptualmente fará mais sentido como forma de dar suporte empírico à estrutura teórica que levou à elaboração dos itens, obteve-se uma solução que explica 68.4% da variância: com um primeiro factor com *eigenvalue* de 6.0 (explicando 50.0% da variância), um segundo factor com *eigenvalue* de 1.3 (explicando 11.0% da variância) e um terceiro factor com *eigenvalue* de 1.0 (explicando 7.8% da variância). A saturação dos itens nos factores e o reduzido número de itens do 3º factor (2 itens) nesta solução não nos pareceu satisfatória, pelo que não foi considerada nas análises seguintes.

- Validade Convergente SOS e EADP

Para o estudo da validade convergente das medidas, tivemos em conta as correlações entre os valores globais e valores das sub-escalas das respectivas medidas, como expresso no Quadro 12.

Quadro 12

*Correlações entre os valores da EADP e SOS*

N = 155	SOS total	SOS abandono	SOS intrusão
<i>Dimensões teóricas</i>			
EADP total	.648**	.643**	.450**
EADP1psicose	.529**	.545**	.332**
EADP2limite	.629**	.671**	.451**
EADP3neurose	.581**	.566**	.424**
<i>Dimensões empíricas</i>			
EADPpsic	.563**	.544**	.414**
EADPneur	.621**	.625**	.421**

\*\* correlações significativas para  $p < 0.01$

Os coeficientes de correlação entre a EADP e o SOS são todos positivos, significativos e moderados ou elevados, como é suposto serem entre escalas que medem constructos semelhantes. A correlação mais elevada entre as dimensões teóricas da EADP e as dimensões do SOS ocorre entre a EADP2limite e o SOSabandono ( $r = .671$ ). Igualmente esta dimensão também tem o coeficiente de correlação mais elevado com a dimensão factorial EADPneur ( $r = .625$ ). Ou seja, a escala que mede vulnerabilidade ao abandono (SOS abandono) apresenta correlações mais fortes com a escala de estrutura teórica que dá conta das angústias da linha borderline (EADP2limite) e com a escala empírica desta medida que dá conta das angústias de espectro neurótico (EADPneur).

## 7.6 Discussão dos resultados do Estudo 1

Este estudo permitiu-nos investigar as qualidades psicométricas das versões portuguesas de duas medidas de diagnóstico da perturbação de personalidade borderline: MSI-BPD, que nos interessou pela precisão e facilidade de triagem de casos borderline *vs* não-borderline, e BSL23, que nos interessou por indicar o grau de severidade da sintomatologia borderline, incluindo uma escala para avaliar as suas manifestações comportamentais disruptivas.

Os valores de precisão obtidos pela determinação do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach e de correlação item-total da versão portuguesa da MSI-BPD foram muito aproximados aos obtidos nos estudos originais dos autores (Zanarini et al., 2003) e superiores aos obtidos na versão finlandesa da medida (Merlatin et al., 2009). Numa amostra de 200 participantes os autores obtiveram um valor de consistência interna de .86 e correlações entre .45 e .63, no nosso estudo, com uma amostra de 155 participantes, o valor de  $\alpha$  de Cronbach foi de .85 e as correlações item-total variaram entre .40 e .70.

A estrutura factorial da versão portuguesa da MSI-BPD que encontrámos apontou 2 factores, um mais ligado a uma componente agida, de agressividade e perda dos limites da realidade, outro mais relacional, ligado a rupturas da relação, tentativas de evitar o abandono e vazio. Ainda assim, o facto de um dos factores explicar sozinho 43.5% da variância (o segundo factor explica 10.2%) permite-nos considerar a medida estruturalmente idêntica à versão original.

Na medida original os autores indicaram uma estrutura de factor único (Zanarini et al., 2003), no entanto, os resultados que obtivemos vêm na direcção do que Hallquist e Pilkonis (2012) referem quanto à possibilidade de haver duas classes latentes de sintomatologia borderline de acordo com os critérios DSM.

A compreensão da estrutura factorial parece-nos também uma pista para o que pretendemos esclarecer no estudo principal (Estudo 2), pois aponta duas linhas sintomáticas diferentes: uma mais agida, outra mais relacional.

Quanto aos resultados da versão portuguesa da BSL23, também são muito próximos dos valores da versão original dos autores (Bohus et al., 2007), que encontraram  $\alpha$  de Cronbach superiores a .93, uma vez que neste estudo foi obtido um valor de  $\alpha$  de .96 e correlações item-total entre .54 e .85.

Não nos foi possível replicar os valores de teste-reteste, uma vez que a nossa investigação foi planeada de modo a haver apenas uma aplicação única a cada participante num momento, para não sobrecarregar os utentes dos serviços de saúde e por não ser fundamental para os objectivos centrais do estudo principal (Estudo 2).

As correlações positivas entre os resultados da MSI-BPD e BSL23, permitem-nos verificar a validade convergente das duas medidas que, embora tenham objectivos diferentes, avaliam ambas dimensões do diagnóstico de perturbação de personalidade borderline.

Este estudo permitiu-nos igualmente trabalhar sobre duas medidas importantes para dar conta da vulnerabilidade do Self à angústia e tipos de angústia dominantes: SOS e EADP, respectivamente.

O trabalho desenvolvido com a SOS versão portuguesa foi de replicação das análises sobre as suas qualidades psicométricas. O valor de consistência interna é de .88, superior ao  $\alpha$  de Cronbach de .78 indicado pelos autores na versão original (Dagnan et al., 2002).

Os autores obtiveram resultados médios na escala relativa à vulnerabilidade ao abandono de 16.95 (DP=5.65) e de 18.97 (DP=6.72) na escala relativa à vulnerabilidade à intrusão. Neste estudo, obtivemos valores médios superiores na escala de abandono,

relativamente à de intrusão, mas sem diferenças significativas: vulnerabilidade ao abandono= 19.66 (DP=6.73) e vulnerabilidade à intrusão=17.48 (DP=6.88).

A estrutura factorial confirma os dois factores propostos pelos autores: numa solução de dois factores, um explica 33.85% da variância e associa-se à dimensão de vulnerabilidade à intrusão, outro explica 14.35% da variância e associa-se à vulnerabilidade ao abandono. Apenas o item (7) “*Há certa pessoas que são essenciais para eu me sentir alguém*” aparece deslocado da sua dimensão conceptual, o que pode ser justificado por esta formulação em português ficar mais ambígua do que na versão inglesa.

Por último, a escala EADP foi criada de novo e como tal, os seus valores não têm outras referências. O  $\alpha$  de Cronbach obtido foi de .91, o que é um valor de consistência interna muito bom. Também quando tomamos em consideração as três sub-escalas que considerámos em termos teóricos, relativas às angústias do espectro psicótico, limite e neurótico, os valores deste coeficiente de precisão mantêm-se acima de .74.

Através do estudo das correlações item-total e item com o total da sub-escala a que pertencem conceptualmente, verificámos que os valores são todos positivos e significativos, sendo mais elevados relativamente às dimensões às quais pertencem do que relativamente às restantes, como esperado.

Interessou-nos ainda estudar a estrutura factorial da medida criada, verificando que aponta para uma estrutura de dois factores. Por reconhecer ainda a necessidade de trabalhar mais esta medida em termos empíricos, decidimos considerar a sua estrutura teórica, explorando também os dados obtidos com a estrutura empírica no Estudo 2.

Esperámos encontrar correlações entre os valores desta nova medida - EADP e os da SOS, uma vez que ambas dão conta de vulnerabilidades a diferentes tipos de

angústia, o que realmente se verificou. Os coeficientes de correlação positivos, significativos e moderados ou elevados, quer considerando as escalas totais, quer tendo em conta as suas dimensões, apontam para a relação esperada entre escalas que medem constructos semelhantes.

Concluindo, pela análise dos resultados podemos reconhecer os bons níveis de consistência interna e de validade das medidas escolhidas, quer no que diz respeito aos instrumentos para o diagnóstico da perturbação borderline (MSI-BPD e BSL23), quer relativamente às medidas de vulnerabilidade do Self a diferentes tipos de angústia (SOS e EADP).

O estudo das medidas permitiu-nos concluir pela adequabilidade das mesmas aos objectivos da investigação e aos constrangimentos temporais e de participação (por ex.: não poder contar com mais do que uma aplicação por cada participante), ainda que se reconheça limitações inerentes ao facto de serem medidas de auto-avaliação e de não ter sido possível confrontá-las com outras para não sobrecarregar ainda mais o protocolo.

Neste Estudo 1 reconhecemos ainda a importância de trabalhar sobre instrumentos de medida com interesse em simultâneo para o exercício da prática clínica e para a realização de investigações empíricas, facilitando o diálogo entre os dois domínios de actuação do psicólogo de orientação dinâmica.

Fica a necessidade de voltar a realizar estudos com a medida EADP, que nos pareceu interessante a partir do suporte empírico da análise factorial exploratória, e que nos interessa estudar com outras populações clínicas, bem como verificar a sua sensibilidade a mudanças psicoterapêuticas.

## **Estudo 2. Vulnerabilidades do Self, Representações Relacionais e Clivagem no paciente Borderline - Comparação de grupos**

O Estudo 2 teve como objectivo central compreender a relação entre as representações relacionais, relativas às experiências de infância, e as vulnerabilidades do Self à angústia intrusão e à angústia de abandono, nos pacientes borderline.

De modo a caracterizar a especificidade do funcionamento borderline foram realizadas análises inter-grupos. O grupo borderline foi comparado com um grupo de pacientes com depressão e com um grupo não-clínico, quanto ao acesso a representações relacionais positivas, vulnerabilidades do Self à intrusão e ao abandono, tipo de angústia dominante, uso de clivagem e níveis de sintomatologia na linha depressiva e na linha borderline (incluindo o nível de comportamentos disruptivos).

De modo a investigar relações entre estas variáveis nucleares que pudessem explicar a heterogeneidade do funcionamento borderline, ou diferentes sub-modos do mesmo, foram realizadas análises intra-grupo.

Para investigar as hipóteses principais desta tese, optámos por um estudo quantitativo, de natureza descritiva e transversal (com um momento único de participação para cada sujeito), em que o tratamento de dados foi feito recorrendo a modelos estatísticos que abordam as amostras na sua totalidade e possibilitam a comparação entre grupos, bem como a relação entre variáveis dentro de cada grupo, como será referido mais à frente.

### 8.1 Participantes

O Estudo 2 realizou-se com 116 participantes, seleccionados da amostra referente ao Estudo 1, com os seguintes critérios de inclusão, que pretenderam aumentar o rigor da atribuição de casos a grupos de diagnóstico:

*Grupo 1 - Depressão* (N=31) - Incluiu os pacientes a quem o clínico de referência atribuiu o diagnóstico de depressão e excluíram-se deste grupo os pacientes que pontuaram 7 ou mais na escala de diagnóstico de patologia borderline (MSI-BPD $\geq$ 7).

*Grupo 2 - Borderline* (N=35) - Dos pacientes a quem o clínico de referência atribuiu o diagnóstico de patologia borderline incluíram-se apenas aqueles que simultaneamente pontuaram 7 ou mais na escala de diagnóstico borderline (MSI-BPD $\geq$ 7)

*Grupo 3 - Não-clínico* (N=50) - Dos participantes deste grupo excluíram-se 3 casos por pontuarem em escalas de diagnóstico de patologia borderline e critérios DSM-IV para episódio depressivo major.

Foram tomados como critérios gerais de inclusão em todos os grupos do estudo: ser maior de 18 anos e ter como língua materna o português. E como critérios de exclusão: haver descompensação psicótica no período em que se realizou a investigação, e/ou consumo de substâncias (álcool e drogas) no intervalo de pelo menos uma semana anterior à data da recolha de dados.



Os participantes dos grupos clínicos (grupo 1 e grupo 2) são pacientes seguidos em Psiquiatria, Consultas de Psicologia Clínica ou Psicoterapia Individual.

Os dados foram recolhidos maioritariamente em Serviços Públicos de Saúde Mental (Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e extensão de Odivelas, Clínica Psiquiátrica de S. José em Telheiras, CAT de Loures e Centro de Saúde de Vila Viçosa), mas também foram incluídos pacientes seguidos numa IPSS (Instituto de Psicologia das Relações Humanas) e em consultórios de psicologia da área de Lisboa.

Os participantes do grupo não-clínico (grupo 3) foram convidados a participar via rede de contactos de colaboradores de investigação e em diferentes contextos laborais (da área de Lisboa), não tendo história prévia de internamento psiquiátrico, nem seguimento clínico.

O grupo não-clínico tem critérios de amostra de conveniência e tentou-se atender à média de idades, nível de escolaridade e sexo dos participantes de modo a que se pudesse constituir como grupo de controlo para as comparações necessárias a este estudo.

## Quadro 13

*Caracterização dos participantes do grupo 1 - Depressão*

PARTICIPANTES GRUPO DEPRESSÃO		N=31	%	Média	DP	Min	Máx
<i>Sexo</i>	Feminino	26	83.8				
	Masculino	5	16.2				
<i>Idade</i>				46.03	10.86	26	63
<i>Escolaridade</i>	< Ensino Secundário	15	50.0				
	Ensino Secundário	8	26.6				
	Licenciatura	6	20.0				
	> licenciatura	1	3.3				
<i>Emprego</i>	Sim	23	74.1				
	Não	8	25.8				
<i>Anos de emprego</i>				10.98	12.42	0	39
<i>Profissão</i>	Indiferenciada e Sector Primário	3	9.6				
	Sector Secundário	0	0				
	Sector Terciário	22	70.9				
	Liberal c/ exigência curso superior	4	12.9				
	Estudante	0	0				
	Reformado	2	6.4				
<i>Relação conjugal</i>	Sim	18	58.0				
	Não	13	41.9				
<i>Duração da relação conjugal (anos)</i>				12.23	13.65	0	40
<i>Filhos</i>	Sim	24	77.4				
	Não	7	22.5				
<i>Vive...</i>	Sozinho	9	29.0				
	Com outros	22	70.9				

O grupo 1 é constituído por 31 pacientes com diagnóstico de depressão, 83.8% dos quais são do género feminino, tem uma média de idades de 46.0 anos, com uma dispersão entre os 26 e os 63 anos. O escalão etário predominante neste grupo é o escalão com idade superior a 50 anos (48.4%,  $n = 15$ ). Metade da amostra tem uma escolaridade inferior ao ensino secundário. Os sujeitos com o ensino superior representam 23.3% dos pacientes com depressão. Mais de metade encontra-se

empregada (74.1%), em termos médios há 10.9 anos. A maioria exerce funções no sector terciário (70.9%) e encontra-se numa relação conjugal (58.6%) com a duração média de 12.2 anos. Uma percentagem elevada tem filhos (77.4%). Destes, 45.2% têm 2 filhos e 22.6% um filho. A maioria (70.9%) vive acompanhada.

#### Quadro 14

##### *Caracterização dos participantes do grupo 2 - Borderline*

PARTICIPANTES GRUPO BORDERLINE		N=35	%	Média	DP	Min	Máx
<i>Sexo</i>	Feminino	27	77.2				
	Masculino	8	22.8				
<i>Idade</i>				38.49	10.94	20	57
<i>Escolaridade</i>	< Secundário	15	42.8				
	Ensino Secundário	3	8.5				
	Licenciatura	17	48.5				
	> licenciatura	0	0				
<i>Emprego</i>	Sim	16	45.7				
	Não	19	54.2				
<i>Anos de emprego</i>				4.20	9.21	0	33
<i>Profissão</i>	Indiferenciada e Sector Primário	5	15.6				
	Sector Secundário	0	0				
	Sector Terciário	17	53.1				
	Liberal c/ exigência curso superior	6	18.7				
	Estudante	3	9.3				
	Reformado	1	3.1				
<i>Relação conjugal</i>	Sim	18	51.4				
	Não	17	48.5				
<i>Duração da relação conjugal (anos)</i>				7.71	11.71	0	39
<i>Filhos</i>	Sim	17	48.5				
	Não	18	51.4				
<i>Vive...</i>	Sozinho	7	20.0				
	Com outros	28	80.0				

O grupo 2 é constituído por 35 sujeitos com o diagnóstico de perturbação de personalidade borderline, 77.1% dos quais são do género feminino. A média de idades é de 38.4 anos, com uma dispersão entre os 20 e os 57 anos. O escalão etário

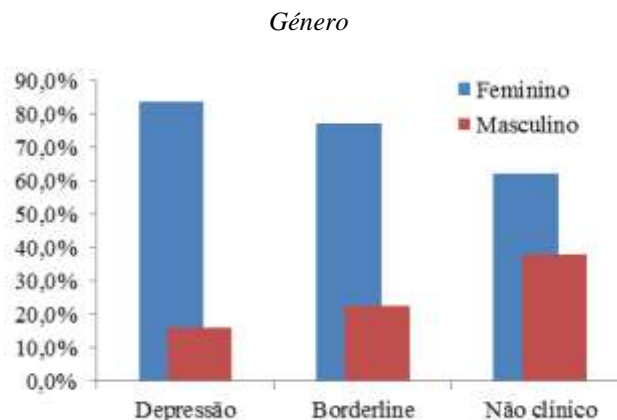
predominante neste grupo é o escalão 31-40 anos (42.9%,  $n = 15$ ). Quase metade da amostra apresenta habilitações ao nível da licenciatura (48.5%). Mais de metade encontra-se desempregada (54.2%). Os que estão empregados, têm emprego, em termos médios, há cerca de 4.2 anos. A maioria exerce funções no sector terciário (58.1%) e encontra-se numa relação conjugal (51.4%). A duração média da relação conjugal é de 7.7 anos. Um pouco menos de metade tem filhos (48.6%). Destes, 25.7% têm 1 filho e 20.6% dois filhos. A maioria (80.0%) vive acompanhada.

#### Quadro 15

##### *Caracterização dos participantes do grupo 3 - Não-clínico*

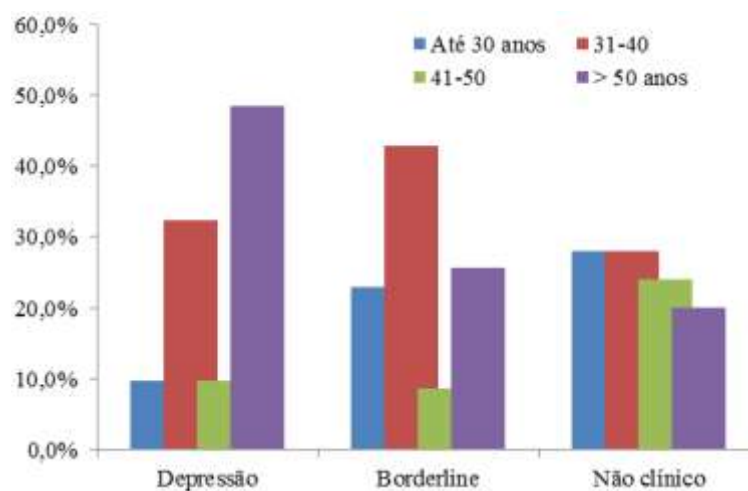
PARTICIPANTES GRUPO NÃO-CLÍNICO		N=50	%	Média	DP	Min	Máx
Sexo	Feminino	31	62.0				
	Masculino	19	38.0				
Idade				39.40	11.10	19	62
Escolaridade	< Ensino Secundário	11	22.0				
	Ensino Secundário	16	32.0				
	Licenciatura	22	44.0				
	> licenciatura	1	2.0				
Emprego	Sim	42	84.0				
	Não	8	16.0				
Anos de emprego				8.55	8.81	0	33
Profissão	Indiferenciada e Sector Primário	1	2.0				
	Sector Secundário	2	4.1				
	Sector Terciário	26	54.1				
	Liberal c/ exigência curso superior	17	35.4				
	Estudante	1	2.0				
	Reformado	1	2.0				
Relação conjugal	Sim	37	77.0				
	Não	11	22.9				
Duração da relação conjugal (anos)				10.27	10.72	0	37
Filhos	Sim	26	54.1				
	Não	22	45.8				
Vive...	Sozinho	4	8.3				
	Com outros	44	91.6				

O grupo 3, Não-clínico, é constituído por 50 participantes, 62.0% dos quais são do género feminino, tem uma média de idades de 39.4 anos, com uma dispersão entre os 19 e os 62 anos. Os escalões etários até 30 anos e 31-40, ambos com a mesma proporção (28.0%), representam mais de metade da amostra (56.0%). A escolaridade predominante é a licenciatura (44.0%). Mais de metade encontra-se empregada (84.0%), em termos médios há cerca de 8.5 anos. A maioria exerce funções no sector terciário (54.2%) e encontra-se numa relação conjugal (77.0%). A duração média da relação conjugal é de 10.2 anos. Um pouco mais de metade tem filhos (54.1%). Destes, 29.22% têm 2 filhos e 20.8% um filho. A maioria (91.7%) vive acompanhada.



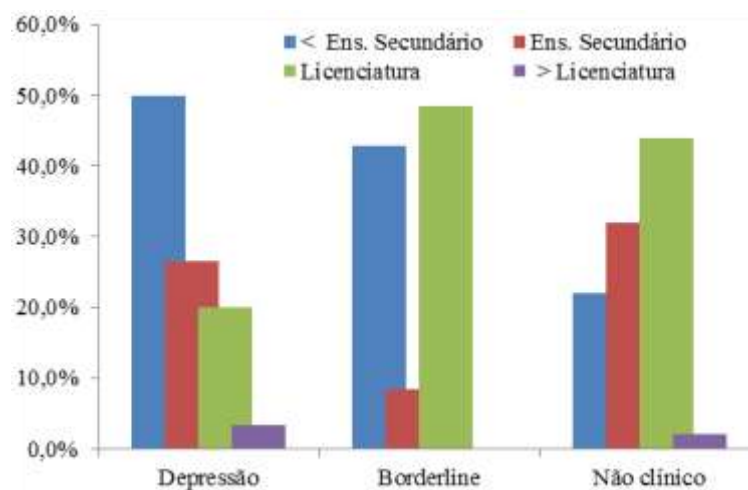
*Figura 4.* Género dos participantes dos três grupos do Estudo 2

*Escalões etários*



*Figura 5. Idades dos participantes dos três grupos do Estudo 2*

*Escolaridade*



*Figura 6. Escolaridade dos participantes dos três grupos do Estudo 2*

## Quadro 16

*Comparação da situação clínica dos pacientes do Estudo 2 (Depressão vs Borderline)*

Situação clínica		Grupo – Depressão		Grupo – Borderline	
		N=31		N=35	
		N	%	N	%
Seguimento psiquiátrico	Sim	22	70.9	24	68.6
	Não	9	29.0	11	31.4
	Duração(anos)	M=3.6	Dp=6,0	M=3.9	Dp=6.6
Seguimento psicológico	Sim	27	87.1	29	82.9
	Não	4	12.9	6	17.1
	Duração (anos)	M=1.5	Dp=3.5	M=2.4	Dp=3.7
Internamentos psiquiátricos	Sim	12	38.7	19	54.3
	Não	19	61.3	16	45.7
	Quantos (nº)	M=0.7	Dp=1.4	M=1.3	Dp=2.0
Medicação psiquiátrica	Sim	22	71.0	25	71.4
	Não	9	29.0	10	28.6
Consumo de drogas	Sim	1	3.2	11	31.4
	Não	30	96.8	24	68.6

A proporção de sujeitos com seguimento psiquiátrico é ligeiramente superior no grupo de pacientes com diagnóstico de depressão (70.9% vs 68.5%), sendo a média do seguimento muito semelhante em ambos os grupos (3.6 anos vs 3.9 anos). Idêntica afirmação pode ser feita relativamente ao acompanhamento psicológico (87.1% vs 82.9%), sendo a média do seguimento um pouco mais elevada no grupo Borderline (3.9 anos vs 3.6 anos).

Um pouco mais de metade dos pacientes do grupo com diagnóstico de patologia borderline tem internamentos psiquiátricos (54.3%), enquanto no grupo de pacientes com diagnóstico de depressão esta proporção desce para 38.7%. A proporção de sujeitos com medicação psiquiátrica é também muito semelhante em ambos os

grupos (71.0% vs 71.4%). O consumo de drogas é bastante mais elevado no grupo com diagnóstico borderline (31.4% vs 3.2%).

## **8.2 Instrumentos<sup>1</sup>**

### **Questionário de dados demográficos**

Conjunto de questões dirigidas a cada participante que visam a caracterização da amostra. Inclui dados sobre o indivíduo, a sua situação escolar/laboral, e situação familiar/conjugal.

### **Questionário sobre a situação clínica**

Conjunto de questões dirigidas ao participante sobre o início, curso da doença, consumo de substâncias, intervenções terapêuticas e medicação actual.

### **MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview - Versão Portuguesa 5.0.0**

**DSM-IV** (Sheehan & Lecrubier, 1992, 1994, 1998; trad. port. Guterres, Levy & Amorin, 1999)

Entrevista estruturada de diagnóstico que explora de modo estandardizado as principais Perturbações Psiquiátricas do Eixo I do DSM IV (APA, 1994). O MINI está dividido por secções, sendo para este estudo consideradas a A - Episódio Depressivo Major e A' - Episódio Depressivo Major com características Melancólicas.

---

<sup>1</sup> Cf. Anexo C e Anexo D.



**CES-D - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale** (versão portuguesa Fagulha & Gonçalves, 2003, 2004)

Instrumento de rastreio de sintomas depressivos desenvolvido pelo *National Institute of Mental Health, USA* (Radloff, 1977). Questionário de auto-avaliação com 20 itens, respondidos numa escala de frequência de 4 níveis, que se destina a avaliar os sintomas depressivos em populações clínicas e não-clínicas. Os estudos portugueses e estrangeiros mostram a capacidade discriminativa desta medida na detecção de casos de depressão e na comparação entre grupos com diferentes diagnósticos psiquiátricos.

**MSI-BPD - McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder** (Zanarini, Vujanovic, Parachini, Boulanger, Frankeburg & Hennen, 2003)<sup>2</sup>

Esta medida é constituída por um conjunto de 10 questões que derivam da secção relativa à Perturbação de Personalidade Borderline da Entrevista de Diagnóstico DSM-IV eixo II. É uma medida de rastreio, com um ponto de corte de 7 ou mais, para indicar a presença da perturbação em causa e tem boa sensibilidade: 81% de casos identificados e 85% de não-casos discriminados também, e em jovens adultos a sensibilidade aumenta para 90% e 93%, respectivamente (Zanarini et al., 2003).

---

<sup>2</sup> Cf. Estudo 1, pág. 130 e seguintes, para o estudo deste instrumento de medida e suas propriedades psicométricas.

**BSL23 - Boderline Symptom List- short version** (Bohus, Limberger, Stieglitz, Chapman, Steil, Philipsen & Wolf, 2009/versão experimental port. Albuquerque & Medina, 2010)<sup>3</sup>

Instrumento de auto-avaliação que mede a severidade da sintomatologia típica da patologia borderline. Os itens deste instrumento derivam do sistema DSM-IV e da DIB-R (*Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder- Revised*), bem como do trabalho clínico com estes pacientes. A BSL23 é composta por 23 itens respondidos numa escala de intensidade de 5 pontos. Este instrumento inclui também uma escala gráfica, em que o sujeito indica em percentagem como se sentiu em geral na semana anterior, e um suplemento que avalia o comportamento, composto por 11 itens apreciados numa escala de frequência com 5 pontos.

**SOS - Self and Other Scale** (Dagnan, Trower, & Gilbert, 2002)<sup>4</sup>

Escala de auto-avaliação composta por 14 itens com pontuações em escala de Likert de 5 pontos expressando intensidade. Pretende avaliar dois tipos ameaça que geram vulnerabilidades no Self: vulnerabilidade à exclusão- Self inseguro; e vulnerabilidade à intrusão- Self “engolfado”.

**EADP- Escala de Angústias Dominantes Percebidas** (Medina, 2010)<sup>5</sup>

Escala de auto-avaliação composta por 12 itens com pontuações em escala de Likert de 5 pontos expressando intensidade. Inclui 3 conjuntos de quatro itens cada,

---

<sup>3</sup> Cf. Estudo 1, pág. 132 e seguintes, para o estudo deste instrumento de medida e suas propriedades psicométricas

<sup>4</sup> Cf. Estudo 1, pág. 133 e seguintes, para o estudo deste instrumento de medida e suas propriedades psicométricas.

<sup>5</sup> Cf. Estudo 1, pág. 135 e seguintes, para o estudo deste instrumento de medida e suas propriedades psicométricas.

derivados das referências teóricas psicodinâmicas, enunciando angústias típicas do funcionamento psicótico, borderline e neurótico/depressivo, respectivamente. Esta escala mede a percepção que o sujeito tem de quais as angústias que mais afectam o seu funcionamento em momentos de sofrimento psicológico.

### **Episódio de vida**

Trata-se de uma metodologia narrativa em que é pedido ao indivíduo que conte um episódio de infância que envolva a pessoa que desempenhou o papel de cuidador. Este tipo de metodologia deriva da EMT (*Early Memory Test*; Mayman, 1968) e baseia-se na ideia de que a forma e os conteúdos recordados sofrem modificações que espelham a organização do Self em relação às representações afectivas da sua vida mental. O episódio relatado será analisado recorrendo a critérios de apreciação das representações relacionais (acesso à representação, tonalidade emocional, e categorias emergentes).

**EMWS - Early Memories of Warmth and Safeness Scale** (Richter, Gilbert & McEwan, 2009/ Matos & Pinto-Gouveia, 2010)

Questionário de auto-avaliação composto por 21 itens, face aos quais o sujeito se avalia numa escala de Likert de 5 pontos, expressando frequência. Esta medida avalia a percepção que o indivíduo tem das suas experiências de ter sido cuidado, protegido e acolhido afectivamente na infância.

**SI - Splitting Index** (Gould, Prentice & Ainslie, 1996)

Questionário de auto-avaliação composto por 24 itens face aos quais o sujeito indica o grau de concordância numa escala de Likert de 5 pontos. Esta medida avalia o

uso do mecanismo de defesa de clivagem (na concepção de Kernberg, 1985/1975) ao nível da representação do Self, do Outro e da Família.

### **8.3 Procedimento**

Foram criados cadernos de protocolo<sup>6</sup> com os instrumentos de medida do estudo, incluindo duas partes: uma que guiou as questões do investigador e permitiu a recolha de informação relativa ao diagnóstico, situação clínica e registo de um episódio de vida na infância, outra que era entregue ao participante e englobava um conjunto de medidas de auto-relato, além de questões sobre dados demográficos.

Para a recolha de dados dos grupos clínicos, realizou-se o contacto institucional com Serviços de Saúde Mental e respectivas Comissões de Ética e Investigação, bem como o contacto pessoal com alguns psiquiatras e psicólogos clínicos, solicitando as autorizações necessárias para realizar a recolha de dados de pacientes das consultas de psiquiatria e/ou psicologia. Foi pedido aos clínicos (psicólogos e psiquiatras) que indicassem pacientes seus com diagnóstico de depressão ou com diagnóstico de patologia borderline para colaborarem no estudo.

Os participantes foram informados pelo psicólogo investigador acerca dos objectivos do estudo e foram esclarecidas eventuais dúvidas. A participação na investigação foi voluntária e feita mediante consentimento informado escrito<sup>7</sup>. Garantiu-se a confidencialidade e que os dados recolhidos seriam tratados como um todo e utilizados apenas para fins de investigação, não sendo por isso comunicados ao clínico de referência que indicou o paciente.

---

<sup>6</sup> Cf. Anexo C e Anexo D.

<sup>7</sup> Cf. Anexo B.

A recolha de dados foi realizada sempre com a presença de um psicólogo investigador, sendo que quanto aos dados dos participantes dos grupos clínicos realizou-se nos locais de seguimento terapêutico onde os pacientes habitualmente têm as suas consultas, de modo a interferir o menos possível na sua vida.

Os participantes do grupo não-clínico foram convidados a participar através de rede de referência dos colaboradores da investigação e em diferentes contextos laborais (da área de Lisboa), não tendo história prévia de internamento psiquiátrico, nem seguimento clínico. A recolha de dados ocorreu no local de trabalho, ou na residência do participante, também mediante consentimento informado e com garantia da confidencialidade dos dados. O grupo não-clínico foi recolhido com critérios de amostra de conveniência: tentou-se atender à média de idades, nível de escolaridade e sexo dos participantes, de modo a que se pudesse constituir como grupo de controlo para as comparações necessárias com os grupos clínicos.

Todos os participantes, quer dos grupos clínicos, quer do grupo não-clínico só colaboraram uma única vez no estudo e todas as colaborações foram presenciais com duração de cerca de 35/40 minutos.

#### **8.4 Procedimentos estatísticos**

Para testar as hipóteses enunciadas, usou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância ( $\alpha \leq 0,05$ ).

Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para testar a correlação entre variáveis quantitativas. Para analisar a diferenças entre dois grupos, ou duas amostras independentes em variáveis de tipo quantitativo usou-se o teste t de Student para amostras independentes. Para analisar a diferenças entre mais de dois grupos, ou duas

amostras independentes em variáveis de tipo quantitativo, usou-se o teste Anova One-Way.

Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias, foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis. Nas situações em que a dimensão das amostras era superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. Quando a homogeneidade não se encontrava satisfeita usou-se o teste t de Student, ou a Anova One-Way com a correcção de Welch.

Foram também utilizados o modelo de regressão linear simples e múltipla e a regressão linear múltipla hierárquica. Os pressupostos deste modelo, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

## 8.5 Resultados do Estudo 2

Num primeiro conjunto de análises, pretendeu-se conhecer os valores de cada variável nuclear do estudo e comparar os três grupos quanto aos resultados médios de cada uma delas.

### 8.5.1 Representações relacionais de afecto e segurança

Quadro 17

*Representações relacionais de afecto e segurança: comparação entre grupos*

	Depressão		Borderline		Não-clínico		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
EMWStotal	53.10	23.18	45.38	27.42	62.70	13.04	6.811**

\*\*  $p \leq 0.01$

As diferenças nas representações de afecto e segurança da infância só são estatisticamente significativas entre o grupo Borderline e o grupo Não-clínico (EMWS -  $F(2, 53.918) = 6.811, p = .002$ ), sendo que o grupo Borderline tem os resultados mais baixos, expressando menos representações relacionais de infância envolvendo afectos positivos.

Embora os valores médios sejam mais baixos no grupo Borderline ( $M = 45.38$ ;  $DP = 27.42$ ), seguidos do grupo Depressão ( $M = 53.10$ ;  $DP = 23.18$ ) e por último do grupo Não-clínico ( $M = 62.70$ ;  $DP = 13.04$ ), as diferenças entre o grupo Não-clínico e o grupo Depressão, e entre o grupo Borderline e o grupo Depressão, não são estatisticamente significativas.

### 8.5.2 Clivagem

#### Quadro 18

*Clivagem total, relativa ao Self, à Família e ao Outro: comparação entre grupos*

	Depressão		Borderline		Não-clínico		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
SIndtotal	55.00	13.73	73.76	19.72	45.93	11.00	26.443***
SIndSelf	21.57	6.32	28.53	7.53	15.24	4.15	47.799***
SIndFamília	16.80	6.42	22.59	7.78	14.47	5.47	13.348***
SIndOutro	15.86	6.23	23.49	8.29	15.93	5.53	11.644***

\*\*\*  $p \leq 0.001$

O nível global de recurso à clivagem é significativamente diferente nos três grupos (SItotal -  $F(2, 55.527) = 26.443$ ,  $p = .001$ ), sendo que os pacientes do grupo Borderline são os que têm resultados mais elevados ( $M = 73.76$ ;  $DP = 19.72$ ), seguidos dos do grupo Depressão ( $M = 55.00$ ;  $DP = 13.73$ ) e por último dos participantes do grupo Não-clínico ( $M = 45.93$ ;  $DP = 11.00$ ).

Os resultados são idênticos quando tomamos em consideração a clivagem relativa ao Self (SISelf -  $F(2, 55.531) = 47.799$ ,  $p = .001$ ), com diferenças entre os três grupos estatisticamente significativas e valores mais elevados para o grupo Borderline ( $M = 28.53$ ;  $DP = 7.53$ ), seguido do grupo Depressão ( $M = 21.57$ ;  $DP = 6.32$ ) e do grupo Não-clínico ( $M = 15.24$ ;  $DP = 4.15$ ).

Considerando a clivagem relativa à Família (SIFamília -  $F(2, 61.949) = 13.348$ ,  $p = .001$ ), as diferenças só são estatisticamente significativas entre o grupo Borderline e os grupos Não-clínico e de Depressão, sendo que o grupo Borderline tem os resultados mais elevados ( $M = 22.59$ ;  $DP = 7.78$ ). A diferença entre o grupo Não-clínico e o grupo Depressão não é estatisticamente significativa.



O mesmo acontece para a clivagem relativa ao Outro (SIOutro -  $F(2, 62.037) = 11.644, p = .001$ ), em que as diferenças são estatisticamente significativas entre o grupo Borderline, com valores mais elevados ( $M = 23.49; DP = 8.29$ ), e os outros dois grupos. A diferença entre o grupo Não-clínico e o grupo Depressão não é estatisticamente significativa.

### 8.5.3 Vulnerabilidade do Self à Intrusão e ao Abandono

Quadro 19

*Vulnerabilidade do Self à Intrusão e ao Abandono: comparação entre grupos*

	Depressão		Borderline		Não-clínico		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
SOSabandono	20.83	5.93	24.13	5.99	15.04	4.56	29.436***
SOSintrusão	17.21	6.27	22.00	6.29	12.73	4.81	26.949***
SOStotal	38.17	9.09	46.53	10.26	27.83	7.89	42.415***

\*\*\*  $p \leq 0.001$

Quanto ao nível global de vulnerabilidade do Self à angústia (SOStotal -  $F(2, 105) = 42.405, p = .001$ ) encontraram-se diferenças significativas entre os três grupos: o grupo Borderline apresenta os resultados mais elevados ( $M = 46.53; DP = 10.26$ ), seguido do grupo Depressão ( $M = 38.17; DP = 9.09$ ) e por último do grupo Não-clínico ( $M = 27.83; DP = 7.89$ ).

Tomando em consideração a vulnerabilidade do Self ao abandono (SOSabandono -  $F(2, 108) = 29.436, p = .001$ ), as diferenças entre os três grupos são todas estatisticamente significativas: no grupo Borderline encontram-se os resultados mais elevados ( $M = 24.13; DP = 5.99$ ), seguidos do grupo Depressão ( $M = 20.83; DP = 5.93$ ) e por último do grupo Não-clínico ( $M = 15.04; DP = 4.56$ ).

Encontramos o mesmo relativamente à vulnerabilidade do Self à intrusão (SOSintrusão -  $F(2, 109) = 26.949, p = .001$ ), ou seja, existem diferenças significativas entre os três grupos, sendo que os valores no grupo Borderline são os mais elevados ( $M = 22.00$ ;  $DP = 6.29$ ), seguidos dos do grupo Depressão ( $M = 17.21$ ;  $DP = 6.27$ ) e por último dos do grupo Não-clínico ( $M = 12.73$ ;  $DP = 4.81$ ).

#### 8.5.4 Angústias dominantes percebidas

##### Quadro 20

*Angústias dominantes percebidas: comparação entre grupos*

	Depressão		Borderline		Não-clínico		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
EADP_total	35.73	10.76	42.59	8.26	25.78	11.58	29.844***
EADP_dimensao1	11.48	4.40	12.97	4.05	7.72	3.64	19.774***
EADP_dimensao2	11.80	4.42	14.09	3.35	8.40	4.13	21.349***
EADP_dimensao3	12.00	4.38	15.31	3.71	9.66	4.64	17.720***
EADPpsic	12.93	4.69	13.69	3.97	7.98	4.24	22.369***
EADPneur	11.18	3.95	14.43	3.16	8.90	3.94	22.214***

\*\*\*  $p \leq 0.001$

Relativamente ao nível total de angústia percebida (EADPtotal -  $F(2, 68.161) = 29.844, p = .001$ ) encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos: os resultados do grupo Borderline são os mais elevados ( $M = 42.59$ ;  $DP = 8.26$ ), expressando maiores níveis globais de angústia, seguidos dos do grupo Depressão ( $M = 35.73$ ;  $DP = 10.76$ ) e por último do grupo Não-clínico ( $M = 25.78$ ;  $DP = 11.58$ ).

Os resultados relativos ao tipo de angústia dominante percebida, tendo em conta as dimensões teóricas da EADP, mostram o seguinte:

EADP dimensão1 (angústias psicóticas) -  $F(2, 113) = 19.774, p = .001$ , as diferenças só são estatisticamente significativas entre o grupo Não-clínico ( $M = 7.72$ ;  $DP = 3.64$ ) e os grupos Clínicos, sendo que estes têm os resultados mais elevados (Borderline  $M = 12.91$ ;  $DP = 4.05$  e Depressão  $M = 11.48$ ;  $DP = 4.40$ ). A diferença entre o grupo Borderline e o grupo Depressão não é estatisticamente significativa.

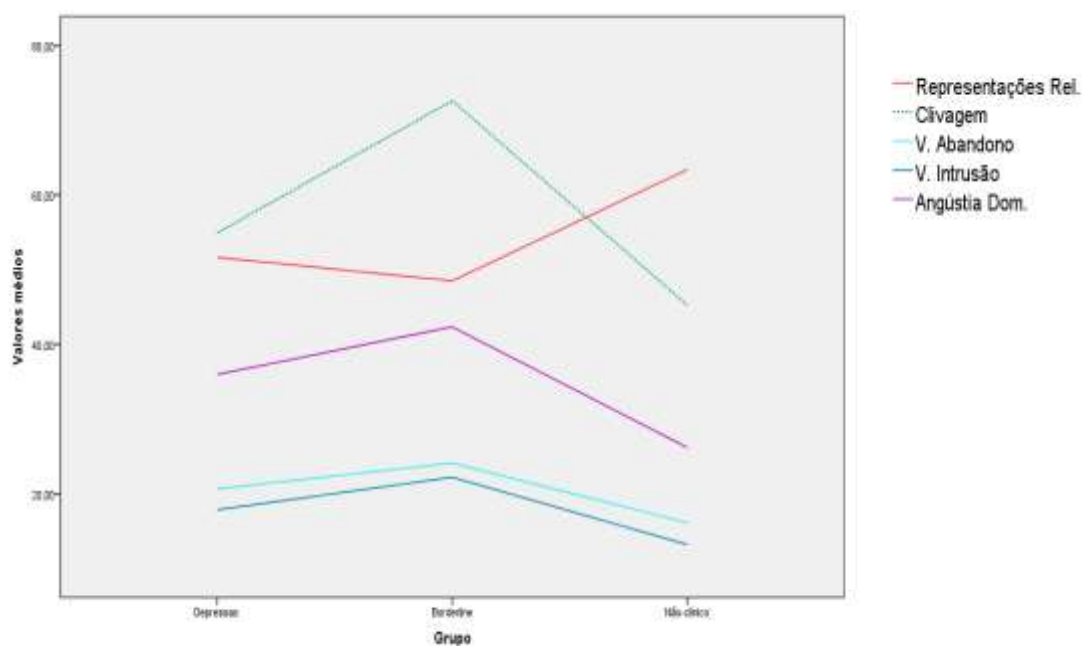
EADP dimensão2 (angústias limite) -  $F(2, 111) = 21.349, p = .001$ , as diferenças entre os três grupos são todas estatisticamente significativas, com resultados mais elevados no grupo Borderline ( $M = 14.09$ ;  $DP = 3.35$ ), seguido do grupo Depressão ( $M = 11.80$ ;  $DP = 4.42$ ) e por último do grupo Não-clínico ( $M = 8.40$ ;  $DP = 4.13$ ).

EADP dimensão3 (angústias neuróticas) -  $F(2, 113) = 17.720, p = .001$ , as diferenças estatisticamente significativas encontram-se entre o grupo Bordeline ( $M = 15.31$ ;  $DP = 3.71$ ), com resultados mais elevados, e os outros dois grupos. A diferença entre o grupo Não-clínico ( $M = 9.66$ ;  $DP = 4.64$ ) e o grupo Depressão ( $M = 12.00$ ;  $DP = 4.38$ ) não é estatisticamente significativa.

Os resultados relativos ao tipo de angústia dominante percebida, tendo em conta as dimensões empíricas da EADP (resultantes da análise factorial exploratória apresentada no Estudo 1, considerando 2 factores), mostram o seguinte:

EADPpsicótica -  $F(2, 112) = 22.369, p = .001$ , as diferenças só são estatisticamente significativas entre o grupo Não-clínico ( $M = 7.98$ ;  $DP = 4.24$ ) e os grupos Clínicos, sendo que estes têm os resultados mais elevados. A diferença entre o grupo Borderline ( $M = 13.69$ ;  $DP = 3.97$ ) e o grupo Depressão ( $M = 12.93$ ;  $DP = 4.69$ ) não é estatisticamente significativa.

EADPneurótica -  $F(2, 112) = 22.214, p = .001$ , as diferenças entre os 3 grupos são todas estatisticamente significativas: o grupo Borderline é o que tem resultados mais elevados ( $M = 14.43$ ;  $DP = 3.16$ ), seguidos do grupo Depressão ( $M = 11.18$ ;  $DP = 3.95$ ) e por último do grupo Não-clínico ( $M = 8.90$ ;  $DP = 3.94$ ).



*Figura 7-* Representações relacionais, clivagem, vulnerabilidade à intrusão, vulnerabilidade ao abandono e nível de angústia dominante- comparação de grupos

Na figura 7 podemos ver ilustradas as comparações de grupos comentadas nos pontos anteriores, onde a angústia dominante e a vulnerabilidade do Self (nas suas dimensões de abandono e de intrusão) evoluem na mesma linha da clivagem e em relação inversa com as representações relacionais de afecto e segurança, nos três grupos.

### 8.5.5 Expressão sintomática

Procedeu-se também à comparação dos três grupos (Borderline, Depressão e Não-clínico) quanto aos valores médios de sintomatologia expressa na linha depressiva e na linha borderline, incluindo-se nesta última as manifestações comportamentais disruptivas.

#### ▪ Sintomatologia Depressiva

##### Quadro 21

*Sintomatologia depressiva: comparação entre grupos*

	Depressão		Borderline		Não-clínico		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
CES-D	47.63	12.58	55.37	13.45	32.69	7.43	47.823***

\*\*\*  $p \leq 0.001$

Quanto à sintomatologia depressiva ( $CES-D - F(2, 52.430) = 47.823, p = .001$ ), as diferenças entre os três grupos são todas estatisticamente significativas: o grupo Borderline é o que tem resultados mais elevados ( $M = 55.37; DP = 13.45$ ), seguido do grupo Depressão ( $M = 47.63; DP = 12.58$ ) e por último do grupo Não-clínico ( $M = 32.69; DP = 7.43$ ).

#### ▪ Sintomatologia Borderline

##### Quadro 22

*Sintomatologia Borderline: comparação entre grupos*

	Depressão		Borderline		Não-clínico		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
BSL23	40.36	16.02	63.97	22.56	29.27	6.46	41.303***
BSLcompT	11.93	2.03	14.82	3.84	11.52	1.23	11.715***

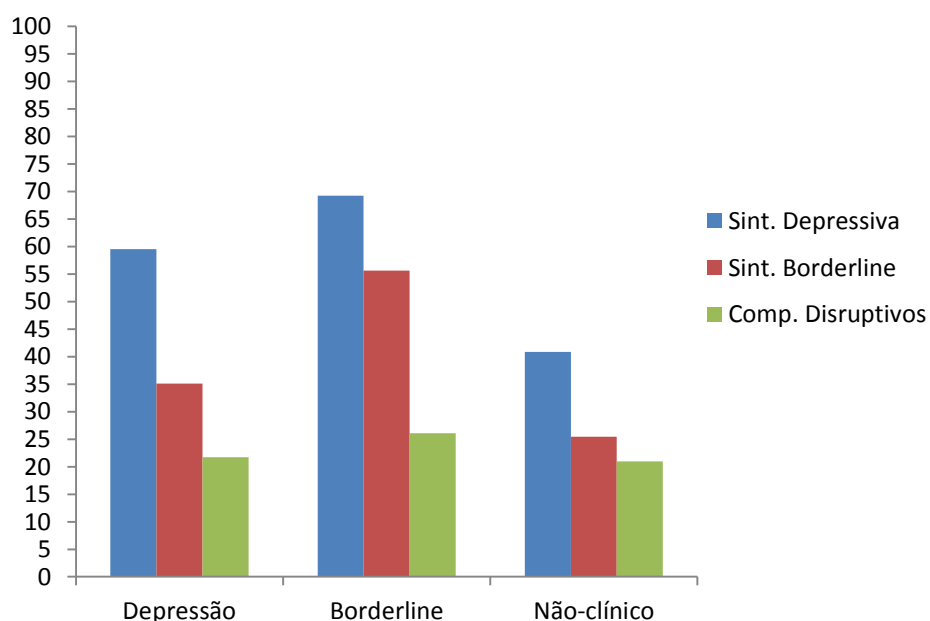
\*\*\*  $p \leq 0.001$

A gravidade da sintomatologia borderline (BSL23 -  $F(2,44.520) = 41.303$ ,  $p = .001$ ) apresenta diferenças significativas entre os três grupos, sendo a média mais elevada no grupo Borderline ( $M = 63.97$ ;  $DP = 22.56$ ), seguida do grupo Depressão ( $M = 40.36$ ;  $DP = 16.02$ ) e do grupo Não-clínico ( $M = 29.27$ ;  $DP = 6.46$ ).

Quanto às manifestações comportamentais de impulsividade e destrutividade características do funcionamento borderline (BSLcompT -  $F(2, 51.441) = 11.715$ ,  $p = .001$ ), as diferenças só são estatisticamente significativas entre o grupo Borderline e os grupos Não-clínico e de Depressão, sendo que o grupo Borderline tem os resultados mais elevados ( $M = 14.82$ ;  $DP = 3.84$ ). A diferença entre o grupo Não-clínico ( $M = 11.52$ ;  $DP = 1.23$ ) e o grupo Depressão ( $M = 11.93$ ;  $DP = 2.03$ ) não é estatisticamente significativa.

#### ▪ **Proporção da expressão sintomática nos três grupos**

Para poder comparar a proporção da sintomatologia depressiva com a da sintomatologia borderline e das suas manifestações através de comportamentos disruptivos, uma vez que as escalas de medida têm amplitudes diferentes, convertemos os valores em frequências relativas. Na figura 8, o valor 50 indica o ponto médio da sintomatologia e o valor 100 expressa o máximo, que no caso da sintomatologia depressiva corresponde a um valor de 80 pontos, no caso da sintomatologia borderline a um valor de 115 e no caso das manifestações comportamentais a 55.



*Figura 8-* Sintomatologia depressiva e borderline- comparação de grupos

O grupo Não-clínico apresenta os valores mais baixos de expressão sintomática e todos os valores são inferiores à média da escala (Sintomatologia Depressiva = 40.86; Sintomatologia Borderline = 25.45; Comportamentos Disruptivos = 20.95).

Tanto no grupo Depressão, como no grupo Borderline há valores de expressão sintomática superiores à média da escala. No grupo de Depressão esses valores aparecem apenas quanto aos sintomas depressivos (Sintomatologia depressiva = 59.54), sendo que as manifestações de sintomas borderline se encontram abaixo dos valores médios das escalas de medida (Sintomatologia Borderline = 35.10; Comportamentos Disruptivos = 21.70). No grupo Borderline a expressão sintomática na linha depressiva apresenta os valores mais elevados (Sintomatologia Depressiva = 69.21), seguida da expressão na linha borderline (Sintomatologia Borderline = 55.63), sendo que apenas as manifestações comportamentais têm valores de expressão abaixo da média (Comportamentos Disruptivos = 26.10).

Interessou-nos verificar se as variáveis demográficas que considerámos (género, idade e escolaridade) teriam impacto nos valores das variáveis centrais do estudo, bem como nos níveis de sintomatologia. Foi estudado também o impacto da duração do acompanhamento psicológico nestas variáveis.

### 8.5.6 Influência das variáveis sociodemográficas nas variáveis nucleares e nos níveis de sintomatologia

Para analisar a possível influência das variáveis sociodemográficas nos níveis das representações relacionais de afecto e segurança, vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono, angústia dominante, clivagem, sintomatologia depressiva e sintomatologia borderline, realizaram-se regressões lineares múltiplas com estas variáveis. Por não se tratar de um aspecto central considerado nas hipóteses do Estudo 2 e para não sobrecarregar desnecessariamente esta secção de resultados, apresentamos apenas os quadros relativos às relações que surgiram com dados significativos.

#### Quadro 23

*Variáveis sociodemográficas predictoras da vulnerabilidade do Self (grupo Borderline)*

Variáveis independentes	SOS total	
	$\beta$	SE
Constante	22.616	11.614
Idade	.490**	.193
Escolaridade	.508	.532
Género (feminino)	-1.247	4.143
$R^2$	20.2	
F	2.356	

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$



O modelo de regressão explica 20.2% da variância total da vulnerabilidade do Self, sendo que a variável idade apresenta um coeficiente de regressão estatisticamente significativo,  $\beta = 0.490$ ,  $t(28) = 2.542$ ,  $p = .017$ . Como o coeficiente de regressão é positivo, isso significa que no grupo Borderline quanto mais elevada é a idade maior é o nível global de vulnerabilidade do Self, nos pacientes borderline.

Quadro 24

*Variáveis sociodemográficas preditoras da angústia dominante (grupo Não-clínico)*

Variáveis independentes	EADP total	
	$\beta$	SE
Constante	23.133	10.525
Idade	.109	.142
Escolaridade	-.607	.557
Género (feminino)	10.139**	3.095
$R^2$	21.5	
F	4.203**	

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

O modelo de regressão explica 21.5% da variância do nível total de angústia dominante, sendo que a variável género feminino apresenta um coeficiente de regressão estatisticamente significativo,  $\beta = 10.139$ ,  $t(43) = 3.275$ ,  $p = .002$ . Como o coeficiente de regressão é positivo, isso significa que no grupo Não-clínico as mulheres apresentam valores de angústia dominante significativamente mais elevados do que os homens.

## Quadro 25

*Variáveis sociodemográficas preditoras da vulnerabilidade do Self à intrusão (grupo Borderline)*

Variáveis independentes	SOSintrusão	
	$\beta$	SE
Constante	5.407	6.975
Idade	.327**	.115
Escolaridade	.453	.319
Género (feminino)	-1.504	2.462
$R^2$	20.9	
F	2.724	

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

O modelo de regressão explica 20.9% da variância total da vulnerabilidade do Self à intrusão, sendo que a variável idade apresenta um coeficiente de regressão estatisticamente significativo,  $\beta = 0.327$ ,  $t(31) = 2.840$ ,  $p = .008$ . Como o coeficiente de regressão é positivo, isso significa que no grupo Borderline, quanto mais elevada é a idade, maior é o nível de vulnerabilidade do Self à intrusão.

## Quadro 26

*Variáveis sociodemográficas preditoras da vulnerabilidade do Self à intrusão (grupo Não-clínico)*

Variáveis independentes	SOSintrusão	
	$\beta$	SE
Constante	5.282	4.677
Idade	.150*	.064
Escolaridade	.112	.247
Género (feminino)	.188	1.388
$R^2$	11.3	
F	1.866	

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

O modelo de regressão explica 11.3% da variância total da vulnerabilidade do Self à intrusão, sendo que a variável idade apresenta um coeficiente de regressão estatisticamente significativo,  $\beta = 0.150$ ,  $t(31) = 2.354$ ,  $p = .023$ . Como o coeficiente de regressão é positivo, isso significa que no grupo Não-clínico, quanto mais elevada é a idade maior é o nível de vulnerabilidade à intrusão.

O tempo de acompanhamento psicoterapêutico não explica a variância de nenhuma das variáveis com resultados significativos. Também a idade, gênero e escolaridade não surgem como preditores significativos da sintomatologia depressiva, nem a sintomatologia borderline, em nenhum dos grupos considerados.

### 8.5.7 Relação entre representações relacionais, vulnerabilidades do Self, angústia dominante e clivagem.

Foram estudadas as relações entre as variáveis centrais do estudo nos três grupos de modo a esclarecer as hipóteses colocadas (ver capítulo 6).

#### Quadro 27

*Correlações entre representações relacionais (EMWS), vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono (SOS), angústias dominantes (EADP) e clivagem (SI) - Estudo2*

		SOS		EADP				SI		
		abandono	intrusão	total	psic.	limite	neur.	total	Self	outro fam.
EMWS		-,092	-,358**	-,285**	-,215*	-,234*	-,299**	-,598**	-,415**	-,662**
SOS	abandono			,663**	,567**	,644**	,580**	,400**	,582**	,163
	intrusão			,492**	,369**	,493**	,461**	,551**	,645**	,341**
	total							,455**	,550**	,239*
EADP	psic							,365**	,477**	,211*
	limite							,415**	,515**	,222*
	neur							,440**	,493**	,278**

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$

Tomando em consideração a amostra global do Estudo 2, encontraram-se correlações estatisticamente significativas de força moderada entre as variáveis consideradas. As representações relacionais de afecto e segurança (EMWS) apresentam correlações negativas com a dimensão de vulnerabilidade do Self à intrusão (SOSintrusão), com os tipos de angústias dominantes (EADP total, psicótica, limite e neurótica) e tipos de clivagem (SI total, Self, outro e família), como podemos ver no Quadro 27.

A vulnerabilidade do Self ao abandono (SOSabandono) correlaciona-se positivamente com o nível global de clivagem (SItotal) e com a clivagem ao nível do Self (SISelf). A vulnerabilidade do Self à intrusão (SOSintrusão) correlaciona-se positivamente com o nível total de clivagem (SItotal) e com a clivagem ao nível do Self, da família e do outro significativo.

Os resultados de angústia dominante total (EADPtotal) correlacionam-se positivamente com os valores de clivagem total (SItotal) e com todas as escalas de clivagem. Também se encontram correlações positivas entre as angústias do espectro psicótico, limite e neurótico e todas as dimensões de clivagem, excepto na relação entre angústias do espectro psicótico (EADPpsic) e os valores de clivagem relativos ao outro (SIoutro), onde o resultado estatístico não é significativo.

A correlação entre vulnerabilidade do Self à intrusão e abandono (SOS) e angústias dominantes percebidas (EADP) já foi comentada nos resultados do Estudo 1, uma vez que se considera que estas medidas se constituem como duas formas complementares de avaliar níveis de angústia.

Para conhecer o valor explicativo das variáveis: representações relacionais de afecto e segurança e clivagem, nos valores de vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono, bem como nos tipos angústia dominante, em cada grupo, usámos modelos de regressão linear, dos quais apresentamos a seguir os resultados que encontramos com significância estatística.

▪ **Influência das representações relacionais e da clivagem nas vulnerabilidades do Self**

Quadro 28

*Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores do nível de vulnerabilidade do Self (grupo Depressão)*

Variáveis independentes	$\Delta R^2$	SOStotal	
		$\beta$	SE
Passo 1	.188		
EMWStotal		-.166*	.071
Passo 2	.218		
EMWStotal		-.047	.074
SIndtotal		.389**	.134
$R^2$ total	.405		
F	7.840**		

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

No total, as representações relacionais de afecto e segurança (EMWStotal) e a clivagem (SIndtotal) explicam 40.5% da variância total do nível de vulnerabilidade do Self (SOStotal), a clivagem (SIndtotal) por si só explica 21.8% sendo o seu coeficiente de regressão estatisticamente significativo,  $\beta = 0.389$ ,  $t(23) = 2.902$ ,  $p = .008$ . Como o coeficiente é positivo, isso significa que quanto mais elevados são os valores de clivagem, mais elevados são os valores de vulnerabilidade do Self, no grupo com diagnóstico de Depressão.

## Quadro 29

*Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores do nível de vulnerabilidade do Self (grupo Borderline)*

Variáveis independentes	$\Delta R^2$	SOS <sub>total</sub>	
		$\beta$	SE
Passo 1	.007		
EMWStotal		.032	.072
Passo 2	.229		
EMWStotal		.145	.075
SIndtotal		.302**	.134
R <sup>2</sup> total	.236		
F	4.178*		

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

No total, as representações de afecto e segurança de infância (EMWStotal) e a clivagem (SIndtotal) explicam 23.6% da variância total do nível de vulnerabilidade do Self (SOS<sub>total</sub>), a clivagem (SIndtotal) por si só explica 22.9%, sendo o seu coeficiente de regressão estatisticamente significativo,  $\beta = 0.302$ ,  $t(27) = 2.847$ ,  $p = .008$ . Como o coeficiente é positivo, isso significa que quanto mais elevados são os valores de clivagem, mais elevados são os valores de vulnerabilidade do Self, no grupo com diagnóstico Borderline, tal como encontrámos para o grupo Depressão.

Considerando as dimensões de vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono (SOS<sub>intrusão</sub> e SOS<sub>abandono</sub>) verificámos a ausência de resultados significativos de representações de afecto e segurança de infância (EMWStotal) e de clivagem (SIndtotal) como preditores dos valores de vulnerabilidade ao abandono, quer no grupo Borderline, quer no grupo Depressão.

Encontraram-se resultados significativos quanto ao nível de vulnerabilidade do Self à intrusão que apresentamos a seguir.

Quadro 30

*Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores da vulnerabilidade do Self à intrusão (grupo Depressão)*

Variáveis independentes	$\Delta R^2$	SOSintrusão	
		$\beta$	SE
Passo 1	.277		
EMWStotal		-.139**	.046
Passo 2	.148		
EMWStotal		-.071	.050
SIndtotal		.220*	.090
$R^2$ total	.425		
F	8.502**		

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

No total, as representações de afecto e segurança de infância (EMWStotal) e a clivagem (SIndtotal) explicam 42.5% da variância total da vulnerabilidade do Self à intrusão (SOSintrusão), a clivagem (SIndtotal) explica sozinha 14.8% da variância, sendo o seu coeficiente de regressão estatisticamente significativo,  $\beta = 0.220$ ,  $t(23) = 2.436$ ,  $p = .023$ . Como o coeficiente é positivo, isso significa que quanto mais elevados são os valores de clivagem, mais elevados são os valores de vulnerabilidade do Self à intrusão, no grupo Depressão.

Quadro 31

*Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores da vulnerabilidade do Self à intrusão (grupo Borderline)*

Variáveis independentes	$\Delta R^2$	SOSintrusão	
		$\beta$	SE
Passo 1	.001		
EMWStotal		.000	.041
Passo 2	.173		
EMWStotal		.064	.046
SIndtotal		.160*	.064
$R^2$ total	.174		
F	3.160		

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

No total, as representações de afecto e segurança de infância (EMWStotal) e a clivagem (SIndtotal) explicam 17.4% da variância total da vulnerabilidade do Self à intrusão (SOSintrusão), a clivagem explica 17.3%, sendo o seu coeficiente de regressão estatisticamente significativo,  $\beta = 0.160$ ,  $t(30) = 2.514$ ,  $p = .018$ . Como o coeficiente é positivo, isso significa que quanto mais elevados são os valores de clivagem, mais elevados são os valores de vulnerabilidade do Self à intrusão, no grupo com diagnóstico de Borderline.

Atendendo à importância da clivagem como preditora da vulnerabilidade do Self, observámos as correlações entre as suas dimensões e os tipos de vulnerabilidade do Self, por grupos.

#### Quadro 32

##### *Correlações entre a vulnerabilidade do Self e a clivagem (grupo Depressão)*

	SOS		
	abandono	intrusão	total
SIndtotal	.344	.613***	.629***
SIndSelf	.394*	.518**	.592***
SIndFamilia	-.026	.446*	.300
SIndOutro	.255	.385*	.433*

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

No grupo Depressão, além das correlações entre níveis totais de clivagem e de vulnerabilidade do Self, a correlação mais elevada entre as dimensões ocorre entre a clivagem ao nível do Self (SISelf) e a vulnerabilidade à intrusão (SOSintrusão) ( $r=.518$ ), sendo significativa, positiva e moderada.



## Quadro 33

*Correlações entre a vulnerabilidade do Self e a clivagem (grupo Borderline)*

	SOS		
	abandono	intrusão	total
SIndtotal	.143	.347*	.363*
SIndSelf	.395*	.529***	.602***
SIndFamília	.064	.051	.118
SIndOutro	-.045	.296	.230

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

No grupo Borderline, a correlação entre o nível global de clivagem (SIndtotal) e o nível global de vulnerabilidade do Self (SOS total) é estatisticamente significativa, positiva e fraca ( $r=.363$ ). A correlação mais elevada entre as dimensões ocorre entre a clivagem ao nível do Self (SISelf) e a vulnerabilidade à intrusão (SOSintrusão) ( $r=.529$ ), sendo significativa, positiva e moderada.

## Quadro 34

*Correlações entre a vulnerabilidade do Self e a clivagem (grupo Não-clínico)*

	SOS		
	abandono	intrusão	total
SIndtotal	-.293	-.053	-.180
SIndSelf	.085	.121	.156
SIndFamília	-.402**	-.171	-.336*
SIndOutro	-.357*	-.122	-.279

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

No grupo Não-clínico, a correlação entre o nível global de clivagem (SItotal) e o nível de vulnerabilidade do Self (SOS total) não é estatisticamente significativa. Verificam-se correlações significativas e moderadas entre a clivagem relativa à família (SIFamília) e a vulnerabilidade do Self ao abandono (SOSabandono) ( $r=-.402$ ) e fracas entre o nível de clivagem relativo à família (SIFamília) e o nível global de

vulnerabilidade do Self (SOStotal) ( $r=-,336$ ), bem como entre o nível de clivagem relativos ao outro (SIOutro) e a vulnerabilidade do Self ao abandono (SOSabandono) ( $r=-,357$ ).

▪ **Influência das representações relacionais e da clivagem na angústia dominante**

Quadro 35

*Regressão linear múltipla hierárquica - Preditores do nível de angústia dominante (grupo Borderline)*

Variáveis independentes	$\Delta R^2$	EADPtotal	
		$\beta$	SE
Passo 1	.125		
EMWStotal		-.106*	.047
Passo 2	.165		
EMWStotal		-.023	.057
SIndtotal		.207*	.080
R <sup>2</sup> total	.290		
F	5.914*		

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

No total, as representações de afecto e segurança de infância (EMWStotal) e a clivagem (SIndtotal) explicam 29.0% da variância total do nível de angústia dominante (EADPtotal), a clivagem por si só explica 16.5%, sendo o seu coeficiente de regressão estatisticamente significativo,  $\beta = 0.207$ ,  $t(29) = 5.959$ ,  $p = .015$ . Como o coeficiente é positivo, isso significa que quanto mais elevados são os valores de clivagem, mais elevados são os valores de angústia dominante, no grupo Borderline.

Não foram obtidos resultados significativos para o grupo Depressão, nem para o grupo Não-clínico.

Uma vez a clivagem também se revelou preditora do nível de angústia dominante no grupo Borderline, estudámos as correlações entre as dimensões da clivagem e os tipos de angústia dominante, por grupos.

Quadro 36

*Correlações entre os tipos de angústia dominante e a clivagem (grupo Depressão)*

	EADP			
	total	psicótica	limite	neurótica
SIndtotal	.361	.185	.407*	.404*
SIndSelf	.380	.278	.343	.436*
SIndFamília	.254	.218	.251	.231
SIndOutro	.095	-.056	.172	.116

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

A correlação entre o nível global de clivagem (SItotal) e o nível de angústia (EADPtotal), no grupo Depressão, não é estatisticamente significativa. A correlação mais elevada entre as dimensões ocorre entre a clivagem ao nível do Self (SISelf) e a dimensão de angústias neuróticas (EADPneur) ( $r=.436$ ), sendo significativa, positiva e moderada.

Quadro 37

*Correlações entre os tipos de angústia dominante e a clivagem (grupo Borderline)*

	EADP			
	total	psicótica	limite	neurótica
SIndtotal	.535**	.287	.427*	.515**
SIndSelf	.294	.134	.311	.277
SIndFamília	.571***	.239	.440*	.517**
SIndOutro	.428*	.275	.241	.489**

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

A correlação entre o nível global de clivagem (SI<sub>total</sub>) e o nível de angústia dominante (EADP<sub>total</sub>), no grupo com diagnóstico Borderline, é estatisticamente significativa, positiva e moderada ( $r=,535$ ). A correlação mais elevada entre as dimensões ocorre entre a clivagem ao nível da família (SIFamília) e a dimensão de angústias neuróticas (EADP<sub>neur</sub>) ( $r=,517$ ), sendo significativa, positiva e moderada.

#### Quadro 38

*Correlações entre os tipos de angústia dominante e a clivagem (grupo Não-clínico)*

	EADP			
	total	dimensão1	dimensão2	dimensão3
SInd <sub>total</sub>	-.423**	-.375*	-.498***	-.312
SInd <sub>Self</sub>	.185	.285*	.112	.137
SInd <sub>Familia</sub>	-.563***	-.538***	-.608***	-.441***
SInd <sub>Outro</sub>	-.474**	-.455**	-.491***	-.379*

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$  \*\*\*  $p \leq 0.001$

No grupo Não-clínico, a correlação entre o nível global de clivagem (SI<sub>total</sub>) e de angústia dominante (EADP<sub>total</sub>) é estatisticamente significativa, negativa e moderada ( $r=-,423$ ). A correlação mais elevada entre as dimensões ocorre entre a clivagem ao nível da família (SIFamília) e a dimensão de angústia dominante limite (EADP dimensão 2) ( $r=-,608$ ), sendo significativa, negativa e moderada.

#### 8.5.8 Vulnerabilidade do Self à intrusão vs vulnerabilidade do Self ao abandono

Para estudar as diferenças entre participantes, tendo em conta o tipo de vulnerabilidade do Self que surge como predominante: vulnerabilidade à intrusão (Self engolfado), ou vulnerabilidade ao abandono (Self inseguro), a análise seguinte implicou que os sujeitos foram categorizados em função do diferencial intrusão vs abandono.

Os sujeitos com valores de intrusão superiores aos valores de abandono foram categorizados como “+ intrusão” e os sujeitos com valores de abandono superiores aos valores de intrusão foram categorizados como “+ abandono”. No total foram eliminados desta análise 9 sujeitos, cujo diferencial entre as duas variáveis era igual a zero (2 encontravam-se afectos ao grupo Depressão, 2 ao grupo Borderline e 5 pertenciam ao grupo Não-clínico).

### Quadro 39

#### *Vulnerabilidade do Self: intrusão vs abandono*

	+ Intrusão		+ Abandono		
	M	Dp	M	Dp	t
<i>Grupo Depressão</i>					
EWWS <sub>total</sub>	44.17	25.56	53.24	23.11	-0.830
SInd <sub>total</sub>	64.40	13.52	53.63	11.54	1.797
BSLcompT	12.17	1.84	12.00	2.24	-0.169 a)
CESD <sub>total</sub>	52.80	14.89	46.40	12.19	1.008
<i>Grupo Borderline</i>					
EWWS <sub>total</sub>	38.82	30.22	55.67	23.79	-1.237
SInd <sub>total</sub>	80.80	21.63	66.17	17.14	-2.255* a)
BSLcompT	14.45	4.06	15.00	3.52	-0.750 a)
CESD <sub>total</sub>	59.91	10.14	54.21	14.83	1.127
<i>Grupo Não-clínico</i>					
EWWS <sub>total</sub>	62.90	13.13	63.44	12.99	-0.113
SInd <sub>total</sub>	45.67	7.70	45.58	9.80	0.025
BSLcompT	11.82	2.14	11.32	0.79	0.265 a)
CESD <sub>total</sub>	35.00	7.95	30.76	6.33	1.763

\*  $p \leq 0.05$  a) teste de Mann-Whitney

Encontrámos apenas diferenças estatisticamente significativas no grupo Borderline quanto aos valores de clivagem (SInd<sub>total</sub>),  $Z = -2.255$ ,  $p = .024$ , sendo que o grupo mais vulnerável à intrusão obtém valores mais elevados do que o grupo mais vulnerável ao abandono (80.80 vs 66.17).

### 8.5.9 Relação entre as variáveis nucleares os níveis de sintomatologia

Para conhecer qual a relação entre as representações relacionais de afecto e segurança e os níveis de sintomatologia depressiva e borderline, bem como a relação entre a vulnerabilidade do Self e angústia dominante e os níveis de sintomatologia, ou ainda entre o uso da clivagem e o nível de sintomatologia depressiva e borderline, realizaram-se estudos correlacionais.

#### Quadro 40

*Correlações entre representações relacionais, vulnerabilidade do Self, angústias dominantes, clivagem e sintomatologia depressiva e borderline*

	CES-D	BSL23	BSLcompt
EMWS	-.346**	-.395**	-.287**
SOS abandono	.484**	.524**	.404**
intrusão	.558**	.574**	.386**
EADP	.519**	.556**	.296**
SI	.539**	.562**	.435**

\*  $p \leq 0.05$  \*\*  $p \leq 0.01$

Encontraram-se correlações estatisticamente significativas, de força moderada, entre as variáveis consideradas e a sintomatologia na linha depressiva (CES-D), na linha borderline (BSL23), bem como com as manifestações comportamentais disruptivas na linha borderline (BSLcompt).

Os valores de sintomatologia depressiva e borderline estão correlacionados negativamente com as representações relacionais (EMWS), o que indica que a valores

mais baixos de representações relacionais de afecto e segurança se associam valores mais elevados de expressão sintomática na linha depressiva e borderline, incluindo as manifestações comportamentais disruptivas.

O valor mais elevado surge entre o nível de vulnerabilidade à intrusão (SOSintrusão) e a sintomatologia borderline (BSL23) e o valor mais baixo surge entre as representações relacionais (EMWS) e as manifestações comportamentais na linha borderline (BSLcompt).

## **8.6 Discussão dos resultados do Estudo 2**

Os dados demográficos relativos aos participantes do grupo borderline espelham genericamente o que era esperado pela revisão de literatura (veja-se o capítulo 1).

Os pacientes com diagnóstico de patologia borderline são sobretudo mulheres (77.2%), com uma média de idades de 38.49 anos, num intervalo de dispersão entre os 20 e os 57 anos, uma idade relativamente superior ao que é mais frequentemente indicado. Gunderson (2008) referia que em 75% dos casos o diagnóstico dizia respeito a pacientes do sexo feminino, mas que a média de idades dos pacientes se situava entre os 18 e os 30 anos.

Mais de metade dos pacientes borderline não tem emprego (54.2%), e os que têm emprego, têm-no há muito menos anos que os pacientes com depressão, ou que os participantes do grupo não-clínico. Também mais de metade (51.4%) não tem uma relação conjugal (incluindo-se aqui qualquer relação amorosa estável, mesmo que não seja um casamento), nem filhos, e os que têm um relacionamento, indicam uma duração muito menor que os pacientes com depressão, ou que os participantes do grupo não-clínico. Estes dados poderão evidenciar uma vida menos organizada e mais instável, tanto a nível social, como a nível afectivo. Sokodol e colaboradores (2002) referiram

justamente o maior risco social destes pacientes devido a uma maior desorganização profissional e familiar.

A grande maioria dos pacientes borderline não vive só (80%), mas encontra-se ainda na dependência de algum membro da família de origem, ou com pessoas com uma relação menos estruturada do que a constituição de um novo agregado familiar, o que não acontece nos pacientes com depressão, nem nos participantes do grupo não-clínico, que referem viver com os cônjuges e filhos, na sua grande maioria.

Os pacientes borderline apresentam dados muito idênticos aos pacientes com diagnóstico de depressão, em termos de terem seguimento psiquiátrico e psicológico, bem como da duração dos mesmos, e também quanto à terapia farmacológica: 68.6% dos pacientes borderline são seguidos em psiquiatria, 71.4% toma medicação psiquiátrica e 82.9% tem acompanhamento psicológico, em média há 2.4 anos. Mas diferenciam-se claramente dos pacientes com depressão por indicarem mais frequentemente ter tido internamentos psiquiátricos: 54.3% dos pacientes borderline já esteve internado (enquanto nos pacientes com depressão a percentagem é de 38.7%) e a média do número de internamentos é de 1.3 (enquanto nos pacientes com depressão é de 0.7), o que aponta para uma severidade maior dos episódios críticos destes pacientes, como esperado. Clarkin e colaboradores (2006) referem que os pacientes borderline correspondem a 20% dos pacientes que são internados nos serviços de psiquiatria e falam de taxas de suicídio entre 8 e 10 %.

Outro dado que distingue claramente os pacientes borderline dos pacientes com depressão é o uso de drogas: 31.4% dos pacientes borderline indica já ter consumido, ao passo que apenas 3.2% dos pacientes com depressão relatam algum consumo, o que também era esperado, tendo em conta os comportamentos impulsivos destes pacientes (Zanarini et al., 1988).



Na constituição dos grupos de comparação esperávamos ter um grupo de pacientes borderline “puro”, isto é, pacientes borderline sem episódio depressivo major, outro grupo de pacientes borderline com diagnóstico de depressão, uma vez que a literatura indica grande comorbilidade dos dois diagnósticos (Gunderson, 2008), e um grupo de pacientes com depressão sem patologia borderline associada, além do grupo não-clínico de comparação. No entanto, quase a totalidade dos pacientes borderline do nosso estudo cumprem igualmente os critérios DSM para o diagnóstico de episódio depressivo major, apenas dois pacientes ficariam localizados no grupo borderline “puro”.

Embora deprimidos, os pacientes borderline do nosso estudo apresentam diferenças significativas nas variáveis consideradas, relativamente ao grupo de pacientes com depressão e aos participantes do grupo não-clínico, como mostraremos a seguir, o que nos leva a considerar que a vivência da depressão seja diferente, como mostra a literatura (Blatt, 1974), quer qualitativamente, quer quantitativamente.

Quando avaliamos a gravidade da sintomatologia depressiva (CES-D) verificamos que ela se expressa com maior severidade nos pacientes borderline. Estes pacientes têm valores significativamente mais altos, relativamente aos pacientes do grupo de depressão e aos participantes do grupo não-clínico (ver quadro 21 e figura 8), apontando para maiores níveis de sofrimento.

Westen e colaboradores (1990) mostraram que os pacientes borderline deprimidos são mais idênticos aos pacientes borderline “puros” do que aos pacientes com depressão sem patologia borderline associada (ver capítulo 6), o que sustenta a pertinência de comparar os nossos dois grupos clínicos com o intuito de caracterizar o funcionamento borderline, mesmo sem ter um grupo de pacientes borderline não deprimidos, como desejaríamos.

São os pacientes do grupo borderline que apresentam maiores resultados de sintomatologia borderline (BSL23), como seria de prever, e também aqueles onde se destacam as manifestações comportamentais (BSLcompt) de impulsividade e de destrutividade, como tentativas de suicídio, auto-mutilações, explosões de raiva, etc., com médias mais elevadas (ver quadro 22 e figura 8).

O facto de não se encontrarem diferenças significativas entre o grupo de pacientes com depressão e grupo não-clínico quanto às manifestações comportamentais (BSLcompt), mas sim quanto aos valores de sintomatologia expressos em vivências de natureza psicológica (BSL23) também contribui para o contraste mais nítido entre grupos, sublinhando a esperada ideia de *continuum* entre os três grupos quanto à gravidade sintomática (ver capítulo 1): a patologia borderline aparece como mais severa e disruptiva, seguida da depressão e da normalidade (ver figura 8).

Encontrámos valores relativamente baixos das manifestações comportamentais disruptivas (BSLcompt) nos pacientes borderline, comparativamente aos valores da expressão sintomática não agida na linha borderline (BSL23), neste mesmo grupo (ver quadro 22). Além deste dado poder justificar-se pelo papel contentor do acompanhamento psicoterapêutico e farmacológico, capaz de minimizar mais cedo os comportamentos de risco do que a experiência subjectiva de sofrimento, podemos levantar também a questão do instrumento de medida escolhido apresentar limitações por ter uma escala circunscrita a um intervalo temporal curto (semana anterior à recolha de dados), o que não dá conta de episódios anteriores de comportamentos disruptivos.

Uma das variáveis centrais consideradas no nosso estudo foi a evocação das memórias de afecto e segurança da infância (EMWS), ou seja o acesso a representações relacionais precoces positivas. Tal como esperávamos, são os pacientes borderline que obtêm valores mais baixos, ou seja que têm maior dificuldade em evocar representações

relacionais positivas, seguidos dos pacientes com depressão, sendo que os participantes do grupo não-clínico são os que relatam valores mais elevados de memórias de afecto e segurança na infância (ver quadro 17). Contudo, as diferenças só são estatisticamente significativas entre os pacientes borderline e os participantes do grupo não-clínico, mas não diferenciam os pacientes borderline dos pacientes com depressão, nem estes últimos dos participantes do grupo não-clínico.

Este resultado motivou à realização do Estudo 3, cujo objectivo foi o de investigar mais aprofundadamente as representações relacionais associadas às experiências com os cuidadores na infância, nos seus diferentes aspectos qualitativos e não apenas na consideração da quantidade de experiências positivas evocadas.

No entanto, os resultados que diferenciam os pacientes borderline da normalidade apontam, como esperado, para representações relacionais menos positivas, e menor acesso a experiências de segurança, de consolo, de protecção, de pertença, de valorização e de afecto. Este resultado é convergente com os de Nigg e colaboradores (1992) que verificaram que as relações de objecto dos pacientes borderline eram mais marcadas por malevolência e falta de apoio e também convergente com os estudos de Zanarini e colaboradores (1998), onde 90% dos pacientes borderline relatava episódios de abuso traumático na infância e/ou na adolescência, o que mostra uma taxa muito elevada de experiências relacionais negativas.

O recurso ao mecanismo de defesa de clivagem (SI) é significativamente superior nos pacientes borderline, distinguindo os três grupos entre si (veja-se o quadro 18). Este resultado é convergente com proposta de Kernberg (1985/1975) da centralidade da clivagem no funcionamento borderline e também com os resultados dos estudos empíricos de Zanarini e colaboradores (2009) e de Pec, Bob e Raboch (2014)

que mostram o carácter diferenciador do uso deste mecanismo de defesa na comparação da patologia borderline com outros grupos clínicos.

Uma vez que a clivagem é um mecanismo de defesa arcaico, estes resultados também expressam um carácter mais grave da patologia borderline, por comparação à patologia depressiva.

Quando atendemos ao uso da clivagem relativo à representação do Self (SISelf), uma dimensão do índice de clivagem global, encontramos resultados semelhantes aos que acabámos de descrever, com médias mais elevadas no grupo de pacientes borderline, seguido do grupo de pacientes com depressão e do grupo não-clínico, sendo todas as diferenças estatisticamente significativas. As dimensões relativas à família (SIFamília) e a um outro significativo (SIOutro) apresentam igualmente médias superiores nos pacientes borderline, com significância estatística, mas não diferenciam os pacientes com depressão do grupo não-clínico (ver quadro 18).

Estes resultados dão suporte empírico à visão dicotómica e menos integrada que os pacientes borderline têm, quer da representação do Self, quer das representações objectais. Leigh e colaboradores (1992) mostraram a complexidade, diferenciação, integração e vivência de afectos contrários como critérios que distinguem as representações internas de pacientes de grupos psicopatológicos diferentes. Os pacientes borderline têm maior dificuldade em ter representações integradas, diferenciadas e comportando valências afectivas opostas, o que se relaciona com o uso da clivagem (ver capítulo 3).

Faz sentido que a clivagem relativa à representação do Self diferencie mais claramente os pacientes borderline dos outros grupos, pois a perturbação de identidade é um dos aspectos centrais desta patologia (Kernberg, 1985/1975). Também a distância entre funcionamento borderline e depressivo, com a aproximação dos pacientes com

depressão dos participantes do grupo não-clínico, quanto à clivagem relativa às representações objectais (SIoutro e SIfamília) nos parece espectável. Os pacientes deprimidos tendem à idealização objectal, mas de um modo diferente do que vemos nos pacientes borderline, pois não implica fractura da representação do objecto, apenas despojá-lo dos seus aspectos de valência negativa. Assim, a clivagem relativa às representações do objecto também coloca o paciente borderline mais afastado do funcionamento depressivo e normal.

Uma das questões centrais deste estudo consistiu na investigação do papel da angústia na patologia borderline. Esta dimensão foi avaliada de duas formas: através da vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono (SOS) e através do tipo de angústia dominante percebida (EADP), como exposto no capítulo 6.

Verificámos que os pacientes borderline são os que têm maior vulnerabilidade do Self à angústia e maiores níveis de angústia dominante (ver quadros 19 e 20). Tal como Zanarini e colaboradores (1998) referiam, estes pacientes revelam uma experiência psicológica intensamente angustiante.

Os resultados da vulnerabilidade do Self à angústia são mais elevados no grupo borderline, quer quando temos em conta o nível global de vulnerabilidade, quer quando consideramos a vulnerabilidade do Self à intrusão, ou a vulnerabilidade do Self ao abandono, havendo diferenças significativas relativamente aos pacientes com depressão e aos participantes do grupo não-clínico (ver quadro 19). Estes resultados dão suporte empírico à ideia de Green (1990) de que o paciente borderline se caracteriza por uma dupla angústia: de intrusão e de abandono.

Ao considerarmos os diferentes tipos de angústias dominantes verificamos que os valores de angústias do espectro psicótico (EADP dimensão1 e EADPpsic) diferenciam os grupos clínicos do grupo não-clínico, mas não são estatisticamente

significativas quando comparamos os pacientes borderline com os pacientes com depressão, ao contrário do que esperávamos (ver quadro 20). Assim, os resultados neste tipo de angústia de espectro psicótico parecem diferenciar o normal do patológico, mas não o funcionamento borderline do funcionamento depressivo.

Esperámos encontrar angústias mais arcaicas e invasivas do que de espectro neurótico nos pacientes borderline (ver capítulo 5). O facto dos pacientes borderline do nosso estudo terem simultaneamente diagnóstico de depressão poderá justificar este resultado. Embora sempre com valores mais elevados em todas as dimensões, os pacientes borderline do nosso estudo apresentam resultados mais elevados nas angústias de espectro neurótico (EADP dimensão 3 e EADPneur) do que nas angústias de espectro psicótico (EADP dimensão 1 e EADPpsic).

As angústias de espectro neurótico (EADP dimensão 3) diferenciam os pacientes borderline dos outros grupos, mas não são significativamente diferentes entre o grupo de pacientes com depressão e o grupo não-clínico, tendo em conta a estrutura teórica da escala de medida. Já se considerarmos a dimensão empírica (EADPneur) os três grupos apresentam valores médios significativamente diferentes (ver quadro 20).

São os pacientes borderline que têm níveis mais elevados de angústias deste espectro neurótico (EADP dimensão 3 e EADPneur) e são também os pacientes borderline que têm resultados mais elevados nas angústias do espectro limite, que se expressam no medo da solidão, do abandono, do controlo por parte de outros e da explosão agressiva (EADP dimensão 2), diferenciando-se dos pacientes com depressão e dos participantes do grupo não-clínico, como esperado.

Os maiores resultados de vulnerabilidade ao abandono e de angústias do espectro neurótico nos pacientes borderline, em vez de maior vulnerabilidade à intrusão e a angústias mais arcaicas do espectro psicótico, aproximam estes pacientes do

funcionamento depressivo quanto a esta dimensão, traduzindo contudo uma intensidade de angústias de todos os tipos muito mais elevada e diferenciadora do grupo clínico de comparação e da normalidade.

Estes dados parecem apontar mais para uma diferença de grau de angústia entre pacientes borderline e pacientes deprimidos, do que para uma diferença de tipo de angústia, o que surge como contrário ao que era por nós esperado. No entanto, o facto dos pacientes borderline do nosso estudo estarem igualmente deprimidos, poderá realmente aproximá-los do grupo de pacientes com depressão nesta dimensão, deixando-nos sem possibilidade de esclarecer se pacientes borderline não deprimidos expressariam angústias de tipo arcaico e invasivo com maior intensidade, representando um outro extremo de funcionamento borderline mais próximo do funcionamento psicótico. Se assim fosse, teríamos suporte para a ideia de dois sub-grupos de funcionamento borderline, um mais próximo da psicose, com angústias mais invasivas, outro mais próximo do funcionamento depressivo, com angústias mais neuróticas.

Ao estudarmos o impacto da idade, escolaridade, género e tempo de seguimento psicoterapêutico nos níveis de vulnerabilidade do Self à angústia e de angústia dominante, verificámos que nos pacientes borderline quanto maior a idade, maior o nível global de vulnerabilidade do Self à angústia (SOS<sub>total</sub>) e maior a vulnerabilidade à intrusão (SOS<sub>intrusão</sub>). A idade surge também como preditor significativo dos valores de angústia dominante (EADP) e de vulnerabilidade à intrusão (SOS<sub>intrusão</sub>) no grupo não-clínico.

Estas variáveis demográficas não apresentaram valor preditor do nível de representações relacionais positivas (EMWS), nem do uso de clivagem (S<sub>Ind</sub>), e da sintomatologia borderline (BSL23 e BSL<sub>compt</sub>), ou depressiva (CES-D), em nenhum dos grupos de comparação.

Embora não tivessem sido esperadas diferenças relativas a estas variáveis, surpreendeu-nos o facto da duração do seguimento psicoterapêutico não ter um valor preditivo relativamente ao nível de angústia, ou à sintomatologia na linha *borderline* e depressiva. Seria de prever que os dados traduzissem ganhos terapêuticos conseguidos nos seguimentos com maior duração, no sentido de uma redução do nível de angústia e de sintomas *borderline* e depressivos. Como não tivemos em conta a severidade sintomática prévia ao acompanhamento, nem os moldes da intervenção, também podemos pensar que seguimentos mais longos se associam justamente a pacientes em maior sofrimento, com necessidades de intervenção mais complexas.

Outro dado que nos parece relevante comentar é o facto de não se terem encontrado diferenças de género quanto às manifestações sintomáticas na linha *borderline*, uma vez que a literatura indica alguma variabilidade entre pacientes do sexo masculino e feminino (ver capítulo 1), sobretudo na expressão mais agida de sintomas, como mostraram Zlotnick e colaboradores (2002). No entanto, o grupo de pacientes *borderline* deste estudo engloba apenas 8 participantes do sexo masculino, o que não permite realmente ter em conta essa comparação de género.

Além das diferenças entre grupos, interessava-nos estudar as relações entre as variáveis centrais do estudo: representações relacionais de afecto e segurança, angústia, vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono e clivagem (ver capítulo 6).

Colocámos a hipótese de que a uma maior dificuldade de evocar representações relacionais de afecto e segurança se associassem maiores níveis de angústia e de vulnerabilidade do Self e maiores valores de clivagem. Colocámos igualmente a hipótese complementar de que a uma maior capacidade de evocar representações relacionais positivas, se associasse um menor nível de angústia e de vulnerabilidade do Self e também menor uso de clivagem (ver capítulo 6).



Os dados do estudo correlacional (quadro 27) vieram dar suporte empírico ao esperado, mostrando correlações estatisticamente significativas e de valor negativo, entre as representações relacionais de afecto e segurança (EMWS) e os valores globais que traduzem o nível de angústia e de vulnerabilidade do Self (EADP e SOS). Os resultados mostram também correlações positivas, com significância estatística, entre o nível de angústia e vulnerabilidade do Self (EADP e SOS) e o uso de clivagem (SI), mas negativas quando consideramos a relação entre a clivagem e as representações relacionais de afecto e segurança.

Ora os modelos correlacionais mostram a força de associação entre as variáveis e a direcção da evolução dos resultados, neste caso, mostram que quanto menor é o acesso a representações relacionais de afecto e segurança, maior a angústia sentida e maior o uso de clivagem, mas não nos permitem concluir acerca da causalidade, ou valor preditivo das mesmas variáveis.

Tanto poderíamos ler estes resultados como sendo o nível de angústia elevado e o uso marcado da defesa de clivagem que dificultam a possibilidade de aceder a representações integradas e positivas de afecto e segurança, como que a ausência de representações internas de afecto e segurança deixe o Self mais vulnerável à angústia e o leve a recorrer à defesa de clivagem, na ausência de recursos mais maduros.

A revisão de literatura que foi apresentada nos capítulos anteriores levou-nos a considerar esta segunda leitura. Ou seja, a ter em conta que a angústia depende da qualidade das representações internas relativas à relação objectal e que a escolha de defesas mais arcaicas é resultante da imaturidade do Self, derivada justamente do fracasso da internalização das funções objectais de regulação e protecção (vejam-se os capítulos 3, 4 e 5). Segundo Kernberg (1985/1975) a angústia do paciente borderline

emerge da experiência de dependência objectal que expõe a vulnerabilidade e imaturidade do Self.

Para estudar esta direcção de resultados nos pacientes borderline, por comparação com o grupo de pacientes com depressão, e também para ter em conta de um modo diferenciado a vulnerabilidade do Self à angústia de intrusão e à angústia de abandono, optámos por modelos de regressão linear múltipla, complementares aos estudos correlacionais (vejam-se os quadros 28, 29, 30 e 31).

Encontrámos uma relação entre as variáveis, quer nos pacientes borderline, quer nos pacientes com depressão, que mostra que as representações relacionais positivas e a clivagem são preditores dos níveis globais de vulnerabilidade do Self à angústia (e em particular à angústia de intrusão), mas que a clivagem tem maior valor explicativo do nível de vulnerabilidade do que as representações relacionais (ver quadro 28 e 29). Já quando considerámos o nível de angústia dominante encontrámos também valores preditivos das representações relacionais e um peso mais forte da clivagem (ver quadro 35), mas significativo apenas no grupo de pacientes borderline.

Considerando justamente que os mecanismos de defesa são formas de lidar com ameaças internas e externas (ver capítulo 4) era natural que esta relação entre clivagem e nível de vulnerabilidade do Self à angústia se destacasse, o que não retira o valor preditivo das representações relacionais. O valor preditivo das representações relacionais poderá ser um dado a explorar em estudos futuros quanto à sua utilidade em psicoterapia, de modo a verificar qual o impacto da mudança das representações na redução do nível de angústia e de vulnerabilidade do Self, que vimos estar associado à maior severidade da sintomatologia borderline e aos seus comportamentos disruptivos (ver quadro 40).

O facto das representações relacionais e da clivagem não terem valor preditivo quanto à vulnerabilidade do Self ao abandono, mas só apenas quanto à vulnerabilidade à intrusão, leva-nos a pensar que esta relação seja relevante num sub-grupo de pacientes que tenham uma representação mais malévola do mundo objectal e por isso sejam mais vulneráveis a sentir a relação com o objecto como intrusiva, mobilizando mais clivagem para se proteger dos aspectos relacionais negativos (ver capítulo 6).

No sentido de esclarecer a possibilidade de um funcionamento diferenciado entre pacientes mais vulneráveis à intrusão e pacientes mais vulneráveis ao abandono, categorizámos os participantes do estudo de acordo com os valores mais elevados de uma ou de outra dimensão e encontrámos apenas diferenças significativas nos pacientes borderline. Nestes pacientes nível de clivagem revelou-se superior nos que apresentavam maior vulnerabilidade à intrusão do que naqueles que tinham maior vulnerabilidade ao abandono (ver quadro 39).

Este resultado sustenta o que era esperado, ou seja que os pacientes com maior angústia de intrusão do que de abandono se aproximem mais do funcionamento psicótico, pois a clivagem é uma defesa primitiva, típica de um funcionamento nessa linha, e que apenas permite uma gestão rudimentar da angústia que ameaça o Self (Kernberg 1985/1975), debilitando a integração das representações objectais e a coesão do ego (ver capítulo 4).

Nos resultados apresentados no Quadro 40 também podemos sublinhar um outro dado que aponta neste sentido: a maior vulnerabilidade do Self à intrusão apresenta os valores mais fortes de correlação com a severidade da sintomatologia borderline. Ou seja, quanto mais vulnerável à intrusão, maior a severidade sintomática e maior o uso de clivagem. Neste quadro, podemos também sublinhar que a correlação negativa mais forte surge entre representações relacionais de afecto e segurança e a severidade da

sintomatologia borderline, o que também era esperado e vem reforçar a ideia de que quanto mais grave, também menor o acesso a boas representações objectais.

Estes dados trazem suporte empírico para o que foi colocado como hipótese (ver capítulo 6), ao considerar que a uma maior vulnerabilidade à intrusão se associa maior uso de clivagem e que, nestes pacientes, há uma sintomatologia borderline mais severa, sendo que, associada à sintomatologia severa, estão dificuldades de aceder a boas representações relacionais de afecto e segurança.

Os resultados do estudo mostram realmente a centralidade da clivagem na patologia borderline (ver capítulo 4). Nos pacientes borderline a clivagem ao nível do Self tem correlações significativas com o nível global de vulnerabilidade do Self à angústia, bem como com a vulnerabilidade à intrusão e vulnerabilidade ao abandono (ver quadro 33). Este resultado faz sentido conceptualmente, espelhando justamente as dificuldades do paciente borderline de ter um Self integrado e capaz de lidar com sobrecargas emocionais, ou ameaças emergentes da relação objectal (ver capítulo 5).

Também no paciente borderline as dimensões de clivagem relativas ao objecto (outro e família) apresentam correlações positivas com os níveis globais de angústia dominante percebida (ver quadro 37). Este resultado não nos parece contradizer o anterior, mas apenas revelar que é do contexto relacional com o objecto que surgem as fontes privilegiadas da angústia do paciente borderline (ver capítulo 3 e 5).

No grupo de pacientes com depressão e no grupo não-clínico, as correlações entre as dimensões de clivagem e a vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono, bem como entre a clivagem e o nível de angústia dominante são diferentes do que encontramos nos pacientes borderline (ver quadro 32, 34, 36 e 38), o que sublinha o carácter diferenciador da relação entre estas variáveis nos diferentes grupos em estudo.

Por último, sublinhe-se que todas as variáveis centrais do estudo: representações relacionais, vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono, angústia dominante e clivagem, têm correlações significativas com a expressão sintomática dos pacientes, quer na linha depressiva, quer na linha borderline e suas manifestações comportamentais disruptivas (ver quadro 40). Os resultados evidenciaram o carácter nuclear destas dimensões intrapsíquicas, quer para a compreensão dos quadros clínicos, quer na antecipação do trabalho terapêutico a fazer ao nível das representações, do sistema defensivo, do Self e seus recursos para lidar com a experiência afectiva, no tratamento dos pacientes borderline.



### **Estudo 3. Representações relacionais e vulnerabilidades do Self - Abordagem qualitativa dos episódios de infância**

De acordo com a teoria das relações de objecto, as graves perturbações relacionais que o paciente borderline expressa no palco dos seus relacionamentos têm subjacentes perturbações nas representações internas do Self e do objecto, bem como perturbações na qualidade dos afectos ligados a estas representações (Westen et al., 1992).

Uma das dimensões das relações de objecto nos pacientes borderline a receber atenção em diversos estudos empíricos foi a qualidade afectiva das representações objectais, dimensão que aparece como claramente diferenciadora na comparação dos pacientes borderline com pacientes psicóticos e pacientes com depressão, bem como com sujeitos sem diagnóstico psiquiátrico.

Lerner e St. Peter (1984) mostraram que os pacientes borderline produziam respostas que expressavam representações objectais mais malévolas do que os pacientes esquizofrénicos, usando o Rorschach. Stuart, Westen, Lohr, Silk, Becker, Vorus et al. (1990) verificaram resultados semelhantes nos pacientes borderline, comparando com um grupo de depressão major e grupo não-clínico.

Westen e colaboradores (1990) verificaram que a tonalidade afectiva do paradigma relacional das respostas dos pacientes borderline no TAT (*Thematic Apperception Test*) era mais negativo do que em participantes com depressão major ou sem patologia, as representações eram menos diferenciadas, as atribuições de causalidade relacional mais ilógicas e as expectativas relacionais mais malévolas.

Bell, Billington, Cicchetti e Gibbons (1989) usaram um questionário de auto-avaliação para apreciar a qualidade das relações de objecto no qual os pacientes com diagnóstico borderline tiveram resultados mais elevados em sentimentos de alienação do que pacientes com depressão major. Westen e colaboradores (1992) replicaram estes resultados usando outra medida: EMT (*Early Memory Test*, Mayman, 1968), verificando que os pacientes borderline se distinguiram de pacientes com depressão major e participantes sem diagnóstico clínico por terem representações objectais mais malévolas, produzindo frequentemente relatos de memórias que envolviam agressão intencional e retratando as figuras de auxílio como menos eficazes ou adequadas.

Seguindo esta linha de estudos, optámos por uma metodologia simplificada que permitisse ter acesso apenas a uma memória de infância de cada participante, memória evocada como tendo relação com uma figura cuidadora. Este tipo de metodologia baseia-se na ideia de que a forma e os conteúdos recordados sofrem modificações que espelham a organização do Self em relação às representações afectivas da sua vida mental. A possibilidade de recolher dados de natureza qualitativa, através de uma narrativa de um episódio de infância aproxima estes dados do material clínico das sessões, o que traz riqueza e permite aceder a conteúdos que, de um modo projectivo, expressem aspectos de natureza inconsciente.

A escolha de um desenho de investigação qualitativo para o Estudo 3 justifica-se pelo interesse e necessidade de completar e aprofundar o que se tentou investigar de um modo quantitativo no Estudo 2, ao tomar em consideração a capacidade de evocar memórias positivas de infância avaliadas através da EMWS - *Early Memories of Warmth and Safeness Scale* (Richter, Gilbert & McEwan, 2009/ Matos & Pinto-Gouveia, 2010), e ao hipotetizar diferenças entre os grupos no que concerne à



vulnerabilidade do Self ao abandono e à intrusão, experimentadas nas relações objectais evocadas pelos participantes.

Assim, o Estudo 3 teve como objectivo central conhecer as representações relacionais evocadas pelos pacientes borderline relativas aos seus cuidadores na infância, contrastando-as com as representações evocadas pelos pacientes com diagnóstico de depressão e com participantes do grupo não clínico<sup>1</sup>.

A escolha de memórias de tonalidade afectiva positiva ou negativa e as representações associadas à figura cuidadora e ao Self, bem como o conteúdo do episódio relatado e a experiência emocional que a ele se associa foram tidos em conta como elementos de análise na comparação dos 3 grupos.

### **9.1 Participantes**

Para o Estudo 3, foram considerados os mesmos participantes do Estudo 2, sendo que foram incluídos mais 14 casos no grupo borderline, correspondendo a pacientes deprimidos e com critérios de patologia borderline em simultâneo<sup>2</sup>, o que ampliou o grupo Borderline para N=49. Para uma caracterização mais detalhada dos dados demográficos dos participantes e critérios de inclusão nos grupos, confira-se o Estudo 2.

Apresenta-se uma caracterização sumária dos participantes: grupo Depressão (N=31, 84% são mulheres, têm idades compreendidas entre os 24 e os 63 anos, 74% estão empregados, 58% têm uma relação conjugal e 87% têm acompanhamento psicológico), grupo Borderline (N=49, 77% são mulheres, têm idades compreendidas entre os 20 e os 57 anos, 46% estão empregados, 51% têm uma relação conjugal e 83%

---

<sup>1</sup> Para as hipóteses específicas do Estudo 3, cf. capítulo 6.

<sup>2</sup> Uma vez que a análise dos resultados do estudo 2 mostrou que a quase totalidade dos pacientes do grupo borderline estavam igualmente deprimidos, fez-nos sentido voltar a incluir estes 14 participantes com duplo diagnóstico que tinham sido excluídos das análises quantitativas do estudo 2 devido aos critérios mais restritivos de inclusão em grupos clínicos, descritos na secção da metodologia relativa ao estudo 2.

têm acompanhamento psicológico) e grupo Não-clínico (N=50, 62% são mulheres, têm idades compreendidas entre os 19 e os 62 anos, 84% estão empregados, 77% têm uma relação conjugal e estes participantes não têm acompanhamento psiquiátrico nem psicológico).

## 9.2 Procedimento

Os dados deste estudo foram recolhidos aquando dos que serviram de base aos Estudos 1 e 2, pelo que o procedimento comum já foi descrito anteriormente. Os episódios de vida envolvendo a figura de um cuidador na infância foram recolhidos presencialmente antes dos questionários do Caderno do Participante de modo a não haver influência de conteúdos evocados pelas questões de outras provas. Foi registada por escrito a narrativa dos participantes tal como foi produzida em resposta à solicitação: “*Conte-me um episódio da sua infância que envolva a pessoa que cuidou de si*”, não interferindo no seu discurso, usando apenas a possibilidade de intervir pedindo que continue, ou conte um pouco mais, o que foi assinalado com o símbolo indicativo de questão (Q).

## 9.3 Procedimento de análise

Os registos escritos dos 130 episódios de infância foram lidos e categorizados<sup>3</sup> recorrendo a critérios de apreciação das representações, atendendo sobretudo à tonalidade emocional associada à experiência relacional. A categorização dos episódios de vida teve em conta as referências ao cuidador (evocando a representação objectal), ao

---

<sup>3</sup> As categorizações dos episódios dos 3 grupos foram discutidas com o orientador e com uma colega, também com formação psicodinâmica e experiência psicoterapêutica.

próprio (referência ao Self), ao tema (conteúdo da memória evocada), à experiência emocional e à sua variação ao longo do episódio.

Optando por uma metodologia qualitativa inspirada modelo de *Grounded Theory* dos sociólogos dos anos 60 Glasser e Strauss, e nas suas aplicações mais recentes como metodologia de investigação em psicoterapia (McLeod, 2001), procurou-se identificar nos episódios de vida unidades de significado que pudessem ser sistematizadas em dimensões emergentes que traduzissem a *representação afectiva da relação com o cuidador*.

De um modo complementar a este processo indutivo de encontrar categorias emergentes da narrativa dos participantes, procurou-se conhecer a *qualidade da experiência emocional associada ao Self*, esperando que a tonalidade afectiva positiva dos episódios traduzisse uma associação entre experiências de Self positivas e equilibradas e representações de objecto cuidador eficaz, gratificante e disponível, bem como a tonalidade afectiva negativa ligasse experiências de Self vulnerável a representações de objecto agressivo e/ou indisponível.

## 9.4 Resultados

A sistematização dos resultados da análise dos 130 episódios deste estudo considerou três aspectos:

- 1) Análise da tonalidade emocional dos episódios (capacidade de evocar afectos positivos e variação de afectos na resolução do episódios evocados).
- 2) Dimensões emergentes relativas à *representação afectiva da relação com o cuidador*.
- 3) Dimensões da *qualidade da experiência emocional associada ao Self*.

Apresentam-se de seguida alguns dos episódios transcritos, relativos a participantes dos 3 grupos (4 episódios ilustrativos de cada grupo) e apresenta-se o tipo de categorização que foi realizada, usando como exemplo os mesmos episódios para se poder ter presente o tipo de processo que foi realizado na análise qualitativa dos dados.

#### Quadro 41

##### *Exemplos de episódios relacionais de infância - Grupo Depressão*

Grupo Depressão	<p>E11-“A minha mãe foi a pessoa mais equilibrada que conheci. Vivia numa aldeia. A minha irmã chorava porque não tinha apetite às refeições e eu para não a ver chorar, trocava os pratos e dizia “não chores!”... O meu pai dava-me tudo que era pequeno e eu achei que tudo o que era pequeno era nosso. Então apanhei as sementes plantadas no jardim.”</p> <p>E28-“Tenho só recordações boas do meu pai, era um pai excelente, não havia melhor pai no mundo, nunca apanhei nenhuma palmada do meu pai. (Q) Sou filha de pais separados e todas as semanas vinha de Alenquer a Lisboa para me ver. Nesse tempo passeávamos, íamos ao rio, dávamos de comer aos patinhos, conversávamos e ele levava-me ao parque. Só o vi a perder a calma quando a minha madrastra disse aquilo que não era verdade e eu vi o meu pai tirar o cinto e desmaiei, fiquei em choque.”</p> <p>E37- “Estar doente com 15 anos e eles sabiam que eu ia morrer e hoje ainda estou cá. Os pais reagiram mal, eu não sabia que ia morrer, mas sabia que qualquer coisa não estava bem. Tive púrpura, deixei de andar. Vivia com pai, mãe e duas irmãs mais novas. Pais choravam, davam-me coisas que nunca tive, deram-me uma telefonia, um roupão, coisas que queria. Mãe conta que em bebé tive uma gastroenterite e ia morrendo porque não havia dinheiro para medicamentos, foi o avô que comprou, senão não sobrevivia. Quando nasci vim por acaso e queriam um rapaz, sobretudo o pai. Não eram carinhosos.”</p> <p>E38-“O meu padrinho, o Tio Fernando...perdi a minha mãe aos 11 meses. Acho que me apercebi, fiz negação de alimentos. Ele entendeu isso tinha 19 anos, levava-me a passear a uma leitaria atrás da Feira Popular e comprava-me doces e levava-me a passear para eu comer. Foi a única pessoa que perdi que lamento a morte, foi o pai que não tive. Foi com ele depois que fui ter a África- fui a primeira filha dele.”</p>
--------------------	---

Quadro 42

*Exemplos de episódios relacionais de infância - Grupo Borderline*

Grupo  
Borderline

E50-“Ocorre-me, às tantas, a minha mãe ter a tendência para me confidenciar as suas dificuldades na vida e na relação com o meu pai e estou a lembrar-me particularmente de um dia em que ela nem se preocupou em negociar se estou ou não disponível pois quando dou por ela já fui acordada por ela que está a falar freneticamente e com voz estridente, que sinto como muito invasivo mas ao mesmo tempo não consigo fazer nada para negociar qualquer necessidade que eu possa ter, até porque não vejo qualquer tipo de disponibilidade dela para isso; e nesta vez em particular tinha um programa social qualquer com a minha amiga, mas acabo por não ir, nem sei bem porquê, mas lembro de ficar ali a fazer o que era esperado. E de o meu pai me tratar com um diminutivo que seria mais próprio de tratar a sua mulher/ minha mãe, também me fazia confusão.”

E51-“A minha mãe muito desorganizada, alcoolizada e com muita medicação em cima ia à frente no carro com o seu amante a conduzir e eu atrás aterrorizada com ela a querer abrir a porta do carro para se atirar e eu a saber disso sem que ele se apercebesse, eu sempre a fechar o trinco da porta e ela a abrir, eu a fechar e ela a abrir, eu a fechar e ela a abrir....até que chegámos à Boca do Inferno algures lá onde ela ia nadar à noite e nunca sabia se ela voltava do mar, e neste dia ela demorou imenso a aparecer, e eu com medo que ela desaparecesse de vez... estou sozinha... ninguém se preocupa comigo... tenho que tomar conta dela... não devo existir... não posso descansar.”

E52-“Vem-me à memória as descargas de raiva em cima de mim. Ele despejava tamanha ira em cima de mim, física e psicológica, que me lembro apenas de me fechar em concha e esperar que aquilo passasse. Se tentasse justificar, debater, dizer fosse o que fosse, seria usado contra mim, ou seja, bastaria eu esboçar uma reacção ou resposta para o irar ainda mais. Lembro-me de pensar “Uau, isto é mesmo a sério! Ele bate-me e humilha-me num formato adulto”. Não sentia nenhuma concessão nele por eu ser uma criança. Sentia que ele utilizava a máxima força que tinha. Via-lhe muito desprezo por mim. Ele fazia-me sentir pior que merda. Sobretudo lembro-me de me resignar a não ter absolutamente nenhum direito de resposta. E de aprender a aceitar incondicionalmente que ele tinha razão, pois só podia ter toda a razão do lado dele e eu tinha mesmo que ser uma merda e fazer realmente coisas horripilantes, pois só assim fazia sentido tamanha violência. Ele era incessante. Parecia não mais acabar. Ele não se cansava e quase sempre só parava quando a minha mãe intervinha e dizia “já chega!”- num tom desesperado de quem também tem muito medo mas que reuniu coragem para pôr termo àquele massacre. E ainda jogava um jogo perverso. Tinha a mania de me fazer perguntas a meio da humilhação, por exemplo: “porque fizeste aquilo?” mas não esperava por nenhuma resposta, não me dava tempo sequer. Repetia a pergunta e agredia-me de seguida. Por vezes esperava e eu ficava em pânico, sem conseguir articular palavras ou pensar...se eu nada dissesse levava mais. Agora que recordo isto, lembro-me que era nestas alturas que sentia o maior medo naqueles momentos de calma antes de uma nova investida. Era brutal! Se eu conseguia dizer algo ele gozava e repetia sarcasticamente e dava-me mais em cima. Aprendi que nada do que eu fizesse iria resultar.”

E73 -“Lembro-me da minha mãe, que tinha esquizofrenia, e eu ser bebé e vê-la a falar para a chaminé e de ver a minha irmã ... e ver que eu não era acolhida. (Silêncio) A recordação da minha mãe não é uma coisa que me doa, mas a outra traz problemas recorrentes de ser rejeitada e não ter condições para ser aceite”

Quadro 43

*Exemplos de episódios relacionais de infância - Grupo Não-clínico*

Grupo Não-Clínico	<p>E106-“Uma vez fui à rua com a minha mãe e à nossa frente ia uma senhora com umas saias muito grandes e eu achei muita piada e comecei a rir e ria, ria, ria e a minha mãe ainda tentou disfarçar a situação quando passámos pela senhora. Quando chegámos a casa a minha mãe deu-me uma descompostura e disse-me que se eu não mudasse já não ia mais à rua com ela.”</p> <p>E126-“Recordo-me quando era pequena de ajudar a minha avó a fazer os bolos e que gostava muito de fazer (Q) Era uma mulher muito forte, corajosa, determinada e que foi muito importante na minha vida.”</p> <p>E150-“O meu pai partiu o meu trenó quando estava na neve .Eu refilei com ele, disse: “Partiste-me o trenó!” E depois ele a gritar comigo a dizer: “Está bem homem!”... não sei quê, não sei que mais...foi uma birra de puto.”</p> <p>E153-“Recordação da minha infância foi o nascimento do mano quando tinha 4 anos. Queria tanto ter um irmão. O meu pai acordou de madrugada e eu não queria acreditar que estava a acontecer. (Q) Sempre gostei muito de ter um irmão e este foi um momento muito marcante da minha vida.”</p>
----------------------	---

Quadro 44

*Grelha de categorização dos episódios relacionais de infância - Grupo Depressão*

Nº	Cuidador (referência Objectal)	Próprio (referência ao Self)	Tema (conteúdo da memória evocada)	Experiência emocional	Variação emocional
E11	“pessoa mais equilibrada que conheci” (mãe); “dava-me tudo” (pai)	Consoladora da irmã mais nova, alvo das atenções do pai	Ambiente de aldeia, refeição, consolava a irmã, trocando os pratos de comida, ia desenterrar as sementes plantadas no jardim.	Experiência positiva, “ilusão infantil”, empatia	+
E28	“pai excelente, não havia melhor no mundo”- visão idealizada e nega aspecto agressivo que aparece na figura feminina: madrasta falsa	“Filha de pais separados”, investida pelo pai numa cumplicidade prazerosa, vítima da mentira da madrasta que gera agressão, desmaia	Pai vinha visitá-la todas as semanas e partilhavam momentos agradáveis de passeio e conversa. A madrasta disse algo que não era verdade e o pai ia bater-lhe com o cinto. A criança desmaia.	Experiências positivas de atenção e mimo separadas das negativas (medo, castigo), impossibilidade de tomar consciência em conjunto de ambas	+/-
E37	“não eram carinhos” (pais) desgostosos, davam coisas mas não afectos.	Doente, em risco de não sobreviver, desilude, não desejada como menina.	Doente com púrpura, pais davam-lhe coisas materiais, não afecto e achavam que a filha ia morrer. Correu risco de vida, nasceu por acaso e queriam um rapaz. Avôsalva-a comprando medicamento.	Experiência de sofrimento, não se sentiu alvo de desejo, nem de afecto	-
E38	“entendeu (o sofrimento da perda materna) e levava-me a passear, comprava doces...” “foi o pai que não tive” (tio-padrinho)	Órfã de mãe, em sofrimento, “adoptada” pelo tio-padrinho	Perda materna aos 11 meses, com sofrimento expresso através de recusa alimentar. O tio é o único que entende e tenta responder-lhe afectivamente. Ela liga-se e faz-se “adoptar”.	Experiência de sofrimento evocando perdas (materna e do tio-padrinho), ligação e experiência de compreensão afectiva e consolo	-/+

Quadro 45

*Grelha de categorização dos episódios relacionais de infância - Grupo Borderline*

Nº	Cuidador (referência Objectal)	Próprio (referência ao Self)	Tema (conteúdo da memória evocada)	Experiência emocional	Variação emocional
E50	Mãe invasiva e pai sem limites	Invadida, prejudicada nas suas necessidades, correspondendo ao esperado	Mãe faz confidências da vida conjugal, fala freneticamente e com voz estridente. A filha deixa de ir ter com uma amiga e fica a fazer o que é esperado. O pai trata-a com um diminutivo adequado a uma mulher e não a uma filha.	Experiência de invasividade, desrespeito pelas suas necessidades, confusão de limites	-
E51	Mãe desorganizada, alcoólica, auto-agressiva, insegurança	Aterrorizada, sozinha, desamparada e a tentar garantir a vida da mãe, sem direito a existir	Mãe alcoolizada e drogada com o amante, a tentar atirar-se do carro em andamento e a filha a tentar evitá-lo trancando a porta do carro. Vai nadar para a Boca do Inferno à noite e demora-se, deixando a filha aflita a achar que ela não volta.	Experiência de sofrimento com aflição, terror, desamparo, sobrecarga	-
E52	Pai violento e sádico, mãe assustada e incapaz de uma protecção eficaz	Vítima, “fechado em concha”, humilhado, maltratado, sem direitos nem existência, “uma merda”	Violência sádica do pai para o filho com agressões físicas e psicológicas. Desprotecção quase total, intervenção da mãe muito a medo e sensação de total incapacidade de resposta do próprio.	Experiência de intenso sofrimento físico e psicológico, terror, humilhação, desprotecção e desamparo.	-
E73	Mãe com esquizofrenia, não acolhedora, rejeitante	Não aceite, não acolhida, a sentir-se rejeitada	Em bebé via a mãe com esquizofrenia a falar para a chaminé e ela e a irmã não se sentiam acolhidas “traz problemas recorrentes de ser rejeitada e não ter condições para ser aceite”.	Experiência de rejeição, não envolvimento afectivo e de falha de aceitação, negando a dor inerente: “a recordação da minha mãe não é coisa que me doa”	-



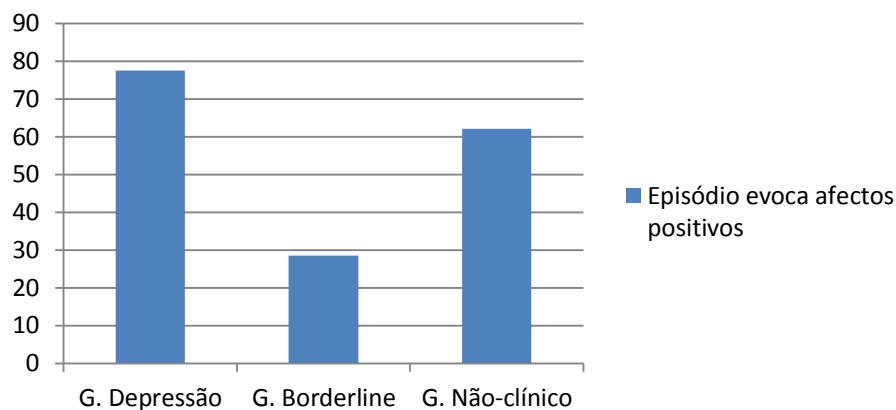
Quadro 46

*Grelha de categorização dos episódios relacionais de infância - Grupo Não-clínico*

Nº	Cuidador (referência Objectal)	Próprio (referência ao Self)	Tema (conteúdo da memória evocada)	Experiência emocional	Variação emocional
E 106	Mãe que inclui a filha na sua vida, fica envergonhada e repreende em privado	Com curiosidade, e expressão emotiva, envergonha a mãe e é repreendida	Foi à rua com a mãe, ri-se muito com as saias grandes de uma senhora. Quando chegaram a casa a mãe deu-lhe uma descompostura e ameaçou que se não mudasse não voltava a ir com ela à rua.	Experiência de diversão associada à novidade e à actividade conjunta, seguida de embaraço e repreensão	+/-
E 126	“Mulher muito forte, corajosa, determinada e importante na minha vida” (avó), figura de identificação e de ligação produtiva	Em relação e identificada a uma figura feminina positiva	Gostava de ajudar a avó a fazer bolos quando era pequena.	Experiência positiva de prazer associado a uma actividade conjunta e identificação a uma figura feminina com características valorizadas	+
E 150	Pai que entra em conflito, mas aguenta a zanga do filho e reconhece-o (identificação masculina)	Zangado com o pai, capaz de refilar com ele como homem.	Pai partiu o trenó e o menino refilou com o pai. O pai gritou e reconheceu a reclamação do filho.	Experiência de zanga e de conflito em que há um motivo, expressão verbal agressiva e reconhecimento da identidade dos intervenientes	-
E 153	Pai anuncia o nascimento do irmão que foi muito desejado pela participante	Alguém com desejo de ter um irmão/bebé e que vê os desejos concretizarem-se no anúncio do pai	Recordação do nascimento do irmão, muito desejado, aos seus 4 anos. O pai acorda-a de madrugada para dar a notícia.	Experiência de desejo concretizado, felicidade (com ambivalência e enquadrada na temática edipiana)	+

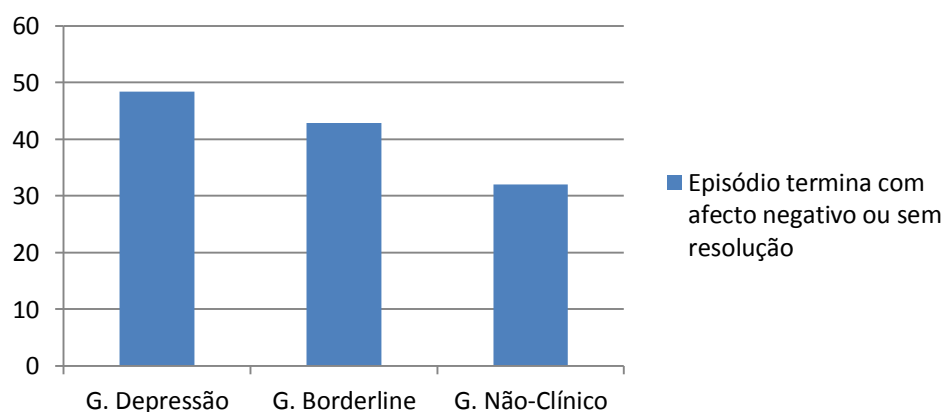
#### 9.4.1 Tonalidade emocional dos episódios relacionais com o cuidador

Procedeu-se à comparação dos episódios nos três grupos, tendo em conta os 130 episódios categorizados.



*Figura 9-* Evocação de afectos positivos nos episódios relacionais envolvendo a figura do cuidador (frequências relativas)

Apenas 28,6% dos episódios de infância relatados pelos pacientes borderline incluem afectos de tonalidade positiva, o que os distingue dos outros dois grupos considerados. Os pacientes com diagnóstico de depressão evocam experiências emocionais de tonalidade positiva em 77,4% dos episódios relatados e os participantes do grupo não-clínico em 62%.



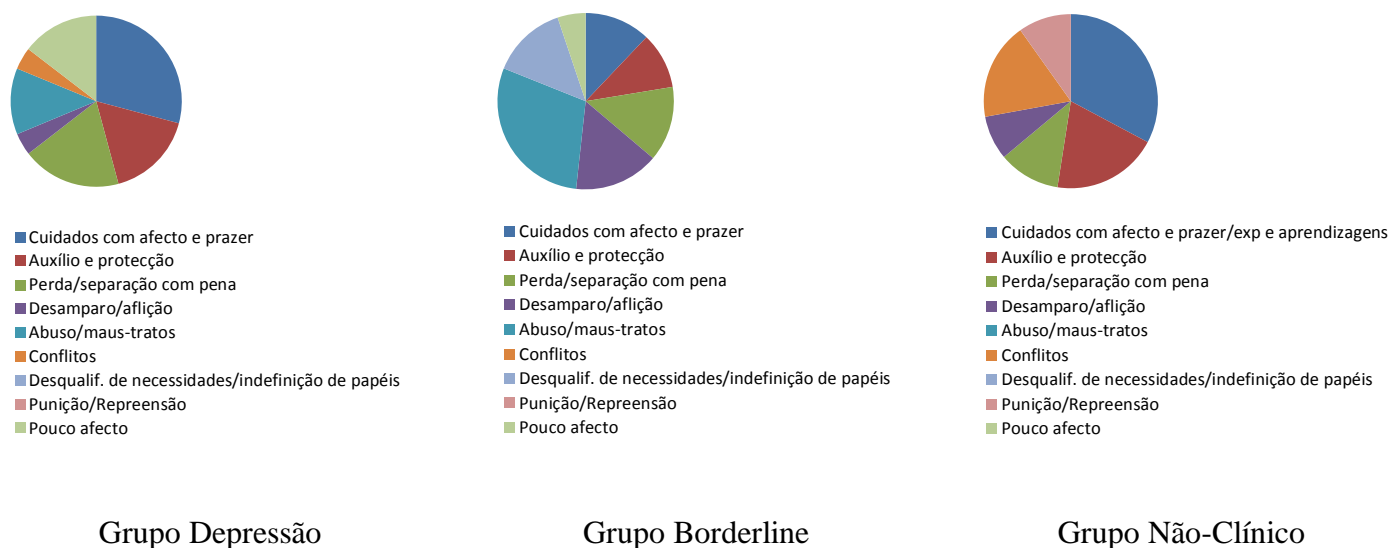
*Figura 10-* Evocação de episódios relacionais que terminam com afecto negativo, ou sem resolução (frequências relativas)

Os episódios que terminam com a evocação de afectos negativos são mais frequentes nos grupos clínicos do que no grupo não-clínico: 48,4% dos episódios relatados por pacientes do grupo depressão terminam com afectos negativos ou sem resolução e 42,9% dos episódios do grupo borderline, mas apenas 32% dos episódios evocados pelo grupo não-clínico. No entanto, a análise de conteúdo permite verificar que a qualidade dos afectos negativos evocados parece distinta entre os grupos clínicos considerados (sentimentos de perda associam-se mais ao grupo da depressão e os episódios do grupo borderline trazem mais experiências de violência).

#### **9.4.2 Dimensões da *representação afectiva da relação com o cuidador***

As dimensões emergentes da análise dos episódios de infância relativas à *representação afectiva da relação com o cuidador* foram as seguintes:

- Cuidados com afecto e prazer (associados a experiências e aprendizagens)
- Auxílio e protecção
- Pouco afecto
- Conflitos
- Punição/repreensão
- Perda e separação com pena ou saudade
- Desamparo/aflição
- Abuso/maus-tratos
- Desqualificação de necessidades e rejeição/indefinição de papéis e intrusão



*Figura 11- Comparação dos 3 grupos quanto às dimensões emergentes na representação afectiva da relação com o cuidador*

Tanto no grupo de depressão como no grupo não-clínico há o evocar privilegiado de experiências positivas: sejam experiências de cuidados que envolvem afecto e prazer (sendo que no grupo não-clínico estas experiências ligam-se também à aprendizagem e a experiências novas), sejam experiências de auxílio, amparo e protecção.

No grupo borderline são as experiências negativas que têm uma evocação privilegiada: episódios de abuso e maus-tratos, de desamparo e aflição, ou desqualificação de necessidades e rejeição/indefinição de papéis ou invasão (categoria que não aparece nos outros grupos) e também de perda e separação.

A qualidade das experiências negativas evocadas também difere claramente entre os três grupos. No grupo de pacientes com depressão a tonalidade negativa associa-se a experiências de pouco afecto e maus-tratos, no caso do grupo borderline são evocadas situações mais graves de abuso traumático físico e psicológico e no caso

do grupo não-clínico são as experiências de conflito as que ganham maior relevância dentro do que é evocado de negativo.

### 9.4.3 Dimensões da qualidade da experiência emocional associada ao Self

A tonalidade da experiência emocional associada ao próprio (referência ao Self) nos vários episódios foi analisada tendo por base três dimensões que conjugam o que emerge dos dados com a teoria de Dagnan e colaboradores (2002):

1) *dimensão equilibrada do Self* - de agência eficaz, prazer, curiosidade e satisfação relacional;

2) *dimensão de vulnerabilidade do Self ao abandono* - de privação, défice, passividade, solidão e sensação de perda de ânimo;

3) *dimensão de vulnerabilidade do Self à intrusão* - com dor física e psíquica, sensação de ser envolvido numa relação tóxica e hostil, ou sensação de invasividade.

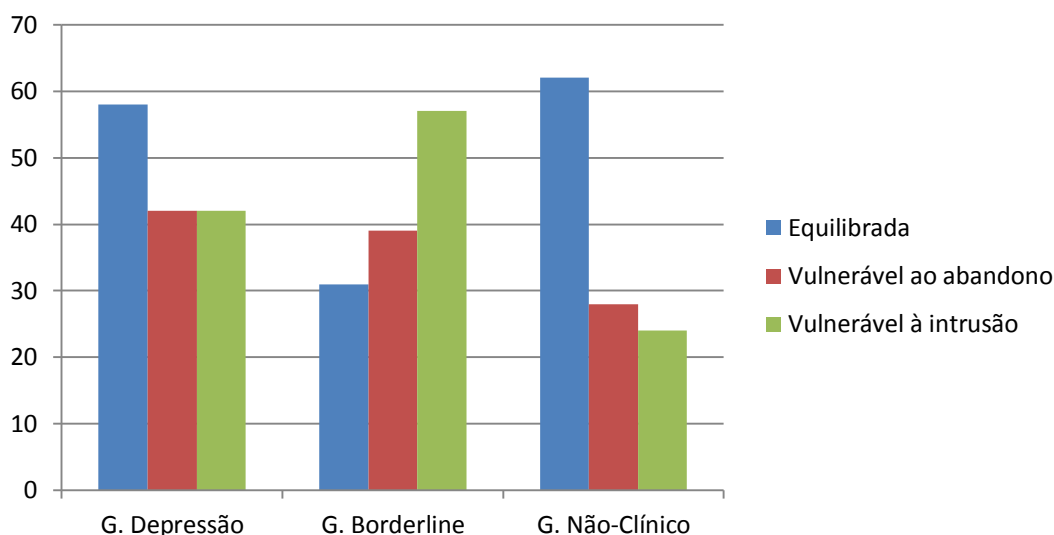


Figura 12- Comparação dos três grupos quanto à qualidade da experiência emocional associada ao Self (frequências relativas)

Os pacientes borderline distinguem-se dos grupos de depressão e não-clínico por terem menor evocação da *dimensão equilibrada* nos seus episódios: 62% dos episódios

do grupo não-clínico e 58% dos do grupo depressão evocam a *dimensão equilibrada*, esta dimensão aparece em 31% dos episódios do grupo borderline, episódios que na sua maioria também incluem em simultâneo a *dimensão de vulnerabilidade à intrusão*, o que não acontece nos outros dois grupos. A *dimensão de vulnerabilidade à intrusão* está presente em 57% dos episódios de vida do grupo borderline, sendo que apenas 24% dos episódios do grupo não-clínico a evocam e geralmente neste aparece associada a punições físicas com um motivo gerado pelo sujeito e não ataques sádicos ou quebra de limites que afectem a integridade física e psicológica do sujeito. A *dimensão de vulnerabilidade ao abandono* aparece nos três grupos de um modo relevante, em 42% dos episódios do grupo depressão, em 39% dos episódios do grupo borderline e em 28% dos episódios do grupo de controlo.

### 9.5 Discussão dos resultados do Estudo 3

Os dados mostram a clara dificuldade dos pacientes borderline em evocar afectos positivos associados às experiências de infância com cuidadores, o que se relaciona com a literatura científica (Stuart et al., 1990; Westen et al., 1990, 1992), e com os resultados do Estudo 2, onde os valores médios obtidos na escala de memórias calorosas da infância EMWS eram significativamente inferiores aos dos grupos de comparação.

A análise dos episódios de vida mostra igualmente que estes pacientes evocam de um modo privilegiado *representações afectivas da relação com o cuidador* negativas e com maior gravidade, incluindo abusos traumáticos, desamparo e desqualificação das necessidades, rejeição e indefinição de papéis, o que os distingue dos grupos de comparação. Os pacientes borderline são aqueles que evocam uma *experiência emocional associada ao Self* que inclui maior vulnerabilidade à intrusão (associada a

dor física e psíquica, sensação de ser envolvido numa relação tóxica e hostil, ou sensação de invasividade) e menor capacidade de evocar dimensões de agência eficaz e satisfação, incluídas numa representação relacional do Self equilibrada.

A análise das *representações afectivas da relação com o cuidador* permite fazer uma clara distinção entre grupos clínicos (depressão e borderline), que apresentam mais aspectos negativos do que no grupo não-clínico, e permite diferenciar o funcionamento borderline do funcionamento depressivo, pela gravidade das dimensões negativas evocadas ser maior no grupo borderline e simultaneamente a capacidade de evocação de experiências positivas ser muito menor.

Nos grupos clínicos, o término dos episódios incluindo aspectos dolorosos, negativos e a não resolução de uma situação é mais notória e os conteúdos sugerem um sofrimento qualitativamente maior do que nos episódios evocados pelos participantes do grupo não-clínico, onde mesmo quando há um final do episódio negativo, a qualidade do desconforto parece ser menos grave.

Nos participantes do grupo não-clínico houve maior resistência à recordação dos episódios (alguns recusando-se a responder, outros produzindo relatos muito mais breves do que nos grupos clínicos), tal facto pode justificar-se pela grande maioria dos pacientes dos grupos clínicos ter acompanhamento psicológico, o que poderá potenciar a motivação e interesse em aceder a recordações pessoais, comparativamente com os participantes do grupo não-clínico, que não têm acompanhamento psicoterapêutico.

A análise qualitativa dos episódios permite encontrar a esperada ligação entre as experiências de Self positivas e equilibradas e as representações do objecto cuidador como eficaz, gratificante e disponível, bem como entre as experiências de Self vulnerável (sobretudo à intrusão) e representações do cuidador malévolas (objecto agressivo ou indisponível).





## CONCLUSÃO E LINHAS DE TRABALHO FUTURO

---



Neste trabalho tivemos como objectivo central o estudo da patologia *borderline*, enquadrado num referencial teórico de base psicodinâmica e compreendido num trajecto empírico que se pretendeu articulado, de um modo significativo, com dimensões clínicas.

A necessidade de articular a vertente empírica, com os modelos teóricos e com a prática clínica, implica o desenvolvimento de instrumentos de medida que sejam úteis, tanto para a investigação, como para a orientação do trabalho de intervenção psicoterapêutica.

No Estudo 1, realizámos um trabalho de adaptação de dois instrumentos de medida relativos ao diagnóstico da patologia *borderline*: MSI-BPD (Zanarini et al., 2003) - uma medida que permite de um modo rápido e simples a triagem de casos de patologia *borderline*, e BSL23 (Bohus et al., 2009) - um instrumento útil na compreensão da severidade das manifestações sintomáticas na linha *borderline*, incluindo a sua expressão através de comportamentos disruptivos.

Os resultados do Estudo 1, relativos à estrutura e qualidades psicométricas destas medidas, foram muito favoráveis e convergentes com os dados dos estudos originais dos autores, com níveis de consistência interna elevados, boa validade convergente e a replicação da estrutura factorial esperada.

Embora conscientes da necessidade de realizar mais estudos com estas medidas, sobretudo estudos em que haja a possibilidade ter um desenho de investigação com medidas repetidas, e de incluir outros instrumentos de diagnóstico que reforcem os critérios de validade convergente e esclareçam o nível de precisão da triagem de casos *borderline* vs não-*borderline*, os resultados obtidos suportam a boa adequabilidade destes instrumentos para a realização de investigações com pacientes *borderline*.

No Estudo 1, foi também adaptada uma escala de vulnerabilidade do Self à angústia de intrusão e de abandono - SOS (Dagnan et al., 2002), e criado um novo instrumento de medida, dando conta dos tipos de angústia dominantes percebidas em situações de sofrimento psicológico - EADP (Medina, 2010).

Os resultados de consistência interna destas duas medidas foram muito satisfatórios, quer considerando os valores globais dos instrumentos, quer considerando as sub-escalas de cada uma das medidas.

Os dados relativos à versão portuguesa da SOS evidenciaram uma estrutura da escala convergente com a conceptualização de dois factores da medida original publicada (Dagnan et al., 2002), sendo que um dos factores traduzia a dimensão da vulnerabilidade ao abandono e o outro a dimensão de vulnerabilidade à intrusão, e apenas um item apareceu deslocado da dimensão conceptual onde teoricamente faria sentido, o que indica uma necessidade de reformulação do enunciado que procure atingir maior clareza.

Os resultados da análise factorial exploratória relativos à EADP apontaram para uma estrutura de dois factores, em vez das três sub-escalas que tinham sido consideradas teoricamente, mas em que a distribuição dos itens faz sentido do ponto de vista conceptual, uma vez que um dos factores dá conta de angústias mais arcaicas e invasivas e outro de angústias do espectro neurótico.

As boas qualidades psicométricas da EADP, que se evidenciam nos dados do Estudo 1, e a riqueza dos dados de aplicação desta escala, evidente nos resultados do Estudo 2, permitem-nos concluir acerca do bom potencial deste instrumento de medida para ser aperfeiçoado e aplicado em investigações futuras. Além de novos estudos factoriais e da aplicação da escala a diferentes grupos de pacientes, uma das

curiosidades acerca do potencial desta medida que gostaríamos de investigar futuramente, será a sua sensibilidade às mudanças psicoterapêuticas.

Tal como esperado, as duas medidas relativas à angústia (SOS e EADP) correlacionaram-se positivamente de um modo significativo, o que suportou empiricamente a esperada convergência teórica, constituindo-se como formas complementares de avaliação da experiência de angústia que ameaça o Self.

A criação e adaptação de medidas que possam ser aplicadas, quer na prática clínica, quer na investigação empírica, contribui para a aproximação destas duas áreas de trabalho, permitindo ao terapeuta uma intervenção clínica empiricamente suportada.

Desde os anos 90, a Divisão 12 de Psicologia Clínica da APA tem publicado justamente trabalhos de investigação em psicoterapia na linha das terapias empiricamente suportadas, referindo a necessidade de aproximar estas duas áreas de estudo (Wampold, 2001).

Um dos objectivos do Estudo 2, estudo principal desta tese, foi o de caracterizar os pacientes borderline, comparando-os com pacientes com depressão e com participantes sem diagnóstico clínico, procurando a especificidade do funcionamento borderline e o contraste, quer com a normalidade, quer com o quadro clínico de depressão.

O quadro clínico de depressão aparece indicado na literatura como tendo grande incidência nos pacientes borderline (Gunderson, 2008), o que se verificou no presente estudo, e a comparação torna-se pertinente num enquadramento psicodinâmico pelo facto dos pacientes deprimidos também terem esquemas relacionais negativos activados e serem sensíveis à questão da perda, o que permite comparar o mundo interno e a organização emocional a ele associada, entre os dois grupos (Nigg et al., 1992), como tentámos fazer no Estudo 3.

A análise dos resultados do Estudo 2, realizado com 116 participantes, permitiu-nos concluir acerca da diferenciação entre os grupos referidos a dois níveis: considerando a severidade do funcionamento (atendendo aos dados do questionário demográfico e aos valores de intensidade da sintomatologia depressiva e borderline, incluindo a sua expressão comportamental disruptiva), e considerando as variáveis intrapsíquicas nucleares do estudo (representações relacionais, uso de clivagem, vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono e tipo de angústia dominante).

Trazendo suporte empírico às primeiras 3 hipóteses do Estudo 2, os dados mostraram que os grupos clínicos se diferenciavam claramente do grupo não-clínico ao apresentarem maiores valores de sintomatologia depressiva e de sintomatologia borderline. Os níveis de sintomatologia nestas duas linhas também diferenciaram significativamente os pacientes borderline dos pacientes com depressão.

Os pacientes borderline apresentaram sintomatologia borderline (incluindo manifestações comportamentais disruptivas) e sintomatologia depressiva mais intensas, indicando maior severidade do quadro clínico, seguidos dos pacientes com depressão e, por último, dos participantes sem patologia, o que traduziu a esperada localização dos três grupos num *continuum* desde quadros mais graves até à normalidade, convergente com a conceptualização de McWilliams (2005/1994).

Um dado menos intuitivo a comentar, relativamente à expressão sintomática, foi o facto dos valores mais elevados de sintomas depressivos terem sido encontrados no grupo de pacientes borderline (superando até os níveis de sintomatologia borderline neste grupo) e não no grupo de pacientes com diagnóstico de depressão.

Ora, por um lado, a quase totalidade dos pacientes borderline do nosso estudo (94.3%) apresentava igualmente diagnóstico de depressão, e por outro, a avaliação da expressão sintomática não permite diferenciar qualitativamente o tipo de experiência

depressiva, por exemplo na distinção de Blatt (1974) entre depressão anaclítica e depressão introjectiva, mas apenas a intensidade do sofrimento nesta linha.

Ainda relativamente à expressão sintomática, outro resultado interessante encontrado foi o facto dos valores das manifestações comportamentais disruptivas de impulsividade e de destrutividade terem atingido apenas níveis moderados no grupo de pacientes borderline, comparativamente aos valores da expressão não comportamental na linha borderline e na linha depressiva obtidos por estes mesmos pacientes.

Geralmente os pacientes borderline defendem-se da dor psíquica agindo, o que impede a elaboração da experiência depressiva (Grinberg, 1968) e solicitam a realidade externa para lidar com os défices de mentalização do mundo interno (Chabert et al., 1999), além disso, o controlo dos impulsos é pobre e o mundo interpessoal é infiltrado pela raiva, o que propicia comportamentos destrutivos (Kernberg, 1986).

Embora tenham sido os pacientes borderline a apresentar mais comportamentos de impulsividade e destrutividade, como seria de prever pela revisão de literatura (Gunderson, 2008), e o nível de comportamentos disruptivos tenha diferenciado significativamente estes pacientes dos grupos de comparação, como esperávamos, os resultados sugeriram que a vivência psicológica do sofrimento borderline fosse mais relevante do que a sua expressão agida.

Na tentativa de compreender este resultado note-se que, além das limitações inerentes à escala de medida de comportamentos disruptivos, que considera um intervalo temporal muito reduzido, como referimos na discussão de resultados, este dado será menos surpreendente se tivermos em conta que os pacientes do Estudo 2 tinham, na sua grande maioria, seguimento psiquiátrico e terapia farmacológica, além de que mais de 80% tinham também acompanhamento psicológico, ou seja, que se torna previsível que as manifestações mais disruptivas (como auto-mutilações e tentativas de

suicídio) pudessem ter sido atendidas através das ajudas terapêuticas, permitindo que o sofrimento fosse expresso de um modo menos agido e mais mentalizado.

Ainda assim, este dado precisaria de ser esclarecido, uma vez que o tempo de terapia não mostrou ter valor preditivo relativamente ao nível de sintomatologia depressiva e borderline, nem relativamente ao nível de angústia dos pacientes deste estudo.

Seria de prever que nos seguimentos psicoterapêuticos de maior duração houvesse uma redução mais significativa destes sinais de sofrimento, o que não se verificou. No entanto, como se tratou de um estudo transversal, em que não tivémos acesso a níveis de sintomatologia prévios ao acompanhamento, nem aos moldes de intervenção e objectivos terapêuticos de cada fase, não podemos esclarecer qual o impacto que a terapia está a ter na redução de comportamentos disruptivos, nas manifestações sintomáticas na linha borderline e depressiva, nem na redução do nível global de angústia que estes pacientes experimentam.

Quanto à severidade do funcionamento, podemos então concluir que os pacientes borderline se diferenciam dos grupos de comparação por apresentarem maiores níveis de sofrimento psicológico, expresso sobretudo através de sintomas depressivos de elevada intensidade e de manifestações sintomáticas na linha borderline, incluindo comportamentos disruptivos de impulsividade e destrutividade.

Estes dados traduzem a experiência de profundo sofrimento psicológico que o paciente borderline traz para o encontro clínico (Zanarini et al., 1998), dão suporte à ideia de que o paciente borderline tem expressões sintomáticas em diferentes linhas psicopatológicas (Kernberg, 1986) e convergem com os indicadores de maiores danos relacionais e profissionais (Sokodol et al., 2002), uma vez que as percentagens de desemprego e de ausência de relação conjugal estável, bem como de consumo de



substâncias e de internamentos psiquiátricos, apresentaram-se com valores mais elevados nos pacientes borderline do que nos pacientes com depressão no nosso estudo.

Considerando as variáveis intrapsíquicas nucleares do Estudo 2: representações relacionais, uso de clivagem, vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono e tipo de angústia dominante, também podemos concluir acerca da especificidade do funcionamento borderline quando contrastado com os grupos de depressão e não-clínico, sendo que os dados trouxeram suporte empírico às hipóteses 5 e 7 referentes a este mesmo estudo e suportaram parcialmente as hipóteses 4 e 6.

Assim, a análise dos resultados do Estudo 2, mostrou que os pacientes borderline tinham menos acesso a representações relacionais de afecto e de segurança ligadas às experiências de infância, apresentavam uma visão do Self, do outro e da família mais clivada, sendo os níveis globais do uso desta defesa arcaica muito elevados, e apresentavam níveis de angústia e de vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono também significativamente mais elevados do que os pacientes com depressão e do que os participantes do grupo não-clínico.

Westen e colaboradores (1990) mostraram que os pacientes borderline deprimidos eram mais semelhantes aos pacientes borderline sem depressão do que aos pacientes com depressão sem perturbação de personalidade. Os dados do Estudo 2 apontaram na mesma direcção, ou seja, os pacientes borderline deprimidos parecem funcionar a um nível mais grave e mais diferenciado do grupo de pacientes com depressão, distinguindo-se claramente quanto às variáveis nucleares consideradas.

Estes resultados trazem, uma vez mais, a esperada localização do paciente borderline numa área mais grave de um *continuum* entre patologia e normalidade, traduzindo a experiência de profundo sofrimento psicológico que estes pacientes demonstram, no limite do suportável para um Self vulnerável à angústia e com poucos

recursos defensivos, e num mundo interno pouco abastecido de representações de afecto e de segurança.

Uma das questões centrais do Estudo 2, e contributo novo deste nosso trabalho de investigação, foi verificar qual o papel do grau e tipo de angústia na vida mental do paciente borderline.

A vulnerabilidade do Self a níveis intensos de angústia surgiu como algo característico e diferenciador dos pacientes borderline, relativamente aos pacientes com depressão e participantes sem patologia. Os dados traduziram uma intensa vivência angustiante do borderline, um paciente que aparece como mais vulnerável quer à ameaça de intrusão, quer à ameaça de abandono, sentindo angústias mais intensas de espectro psicótico, limite e neurótico.

Esta variabilidade de tipos de angústia elevadas, que surgiu como característica dos pacientes borderline, vem na linha do que Bourguignon (2004) referiu quanto ao facto destes pacientes tanto poderem experimentar angústias mais primitivas, aproximando-se do funcionamento psicótico (ex.: angústia de fragmentação), como poderem experimentar angústias mais próximas do funcionamento neurótico (ex.: angústia de abandono).

Dando suporte à ideia de Green (1990) de uma dupla angústia, de intrusão e de abandono, como central no funcionamento borderline, os dados do Estudo 2 mostraram que o paciente borderline expressava maior vulnerabilidade do Self na linha do engolfamento, quando exposto ao risco de fusão e de intrusão na relação com o outro, e na linha da insegurança, quando exposto ao risco da separação e do abandono, diferenciando-se dos grupos de comparação.

A compreensão que tentámos trazer das vulnerabilidades do Self dos pacientes borderline, com base na teoria de Dagnan e colaboradores (2002), parece-nos agora

apenas um pequeníssimo passo em todo um caminho de alargamento da investigação sobre essas mesmas vulnerabilidades, que possa incluir por exemplo a ideia incongruências e feridas do Self (Wolfe, 2005), experiências subjectivas de desespero e aspectos de ruptura identitária aqui não focados.

Quando nos detivemos na análise do tipo de angústias dominantes, encontramos um dado interessante: as angústias mais arcaicas, de espectro psicótico, distinguiram os grupos patológicos da normalidade, mas não os pacientes borderlines dos pacientes com depressão; as angústias de espectro limite distinguiram os três grupos; e as angústias de espectro neurótico distinguiram os pacientes borderline dos outros dois grupos, isto é aproximaram os pacientes deprimidos da normalidade, isolando mais claramente os pacientes borderline.

Assim, parece ser a intensidade das angústias neuróticas e limite, dois espectros de angústias que incluem uma dimensão de relação com o objecto mais notória (seja no sentido do abandono, dependência e agressão, seja no sentido da perda do afecto, do medo de não corresponder, ou de ser julgado culpado por pessoas significativas), a diferenciar os pacientes borderline dos pacientes com depressão e dos participantes sem patologia, e não as angústias de espectro psicótico (que incluem o medo do colapso destrutivo, da loucura e da ruptura da continuidade do Self).

Uma questão que poderemos colocar, e que não pudemos esclarecer com este estudo, é se um grupo de pacientes borderline “puros” (ou seja, sem depressão) se diferenciaria mais claramente por níveis de angústias mais invasivas e arcaicas, aproximando-se do funcionamento psicótico, ao contrário do que se verificou com os pacientes borderline do nosso estudo que estavam deprimidos.

Pelas elevadas taxas de comorbilidade entre os dois diagnósticos, só alargando bastante a amostra poderíamos encontrar um número razoável de pacientes borderline

“puros” para essa comparação. A surgirem resultados diferenciados, trariam suporte à ideia de dois sub-grupos como os propostos por Grinberg (1997): um de pacientes borderline esquizóides (diferenciado por angústias do espectro psicótico), outro de pacientes borderline melancolóides (com um funcionamento mais depressivo e angústias do espectro limite e neurótico).

Davies (2012) escreveu um artigo em que revalida a importância de não deixar de considerar a angústia de castração, a par da angústia de separação, na intervenção psicanalítica com pacientes borderline. Esta autora apresenta uma visão dual da angústia, mas reconhece que a angústia de separação se liga à angústia de castração, uma vez que esta pode ser vista como o medo de perda de um poder fálico investido narcisicamente que ameaça a perda de amor, proximidade e até de significado.

Uma vez que os dados do Estudo 2 destacaram as angústias neuróticas como diferenciadoras do funcionamento borderline, relativamente aos grupos de comparação, será interessante em futuras investigações dar continuidade a esta linha de pensamento, verificando qual o papel da angústia de castração no funcionamento borderline, quais as falhas ao nível da função paterna que poderíamos antecipar e ainda qual o peso desta dimensão na conceptualização da intervenção psicoterapêutica com pacientes borderline.

Podemos concluir que os pacientes borderline apresentam intensos níveis de angústia de vários espectros, mas que são as angústias emergentes das dificuldades da relação com o objecto as mais relevantes para a diferenciação entre grupos, pois é no contexto da relação que se revelam as vulnerabilidades do Self do paciente borderline, num funcionamento entre o evitamento da intrusão e do abandono, que levou Rey (1994) a considerar estes pacientes como claustro-agorafóbicos.

Outra variável nuclear considerada no Estudo 2, foi o uso do mecanismo de defesa de clivagem. A consideração deste mecanismo impunha-se por duas razões: primeiro, por ser indicado na literatura como a defesa central da patologia borderline (Kernberg, 1985/1975), e em segundo lugar, porque esta defesa afecta a integração e estabilidade do mundo representacional do sujeito (Zanarini et al., 2009), que foi outro aspecto central focado no nosso estudo.

Tal como esperado, foram os pacientes borderline a apresentar maiores níveis globais de clivagem e também uma experiência do Self, do Outro e da Família mais dicotómica e não integrada. Os valores de clivagem, quer globais, quer nestas dimensões, distinguiram significativamente os pacientes borderline dos grupos de comparação.

O nível de clivagem relativo ao Self permitiu distinguir a patologia da normalidade e os pacientes borderline dos pacientes com depressão. Já os níveis de clivagem relativos ao objecto (Outro e Família), distinguiram apenas os pacientes borderline dos outros dois grupos, mas aproximaram os pacientes deprimidos do funcionamento normal.

Pec e colaboradores (2014) realizaram um estudo empírico onde mostraram que a clivagem era uma defesa central do funcionamento borderline, quando comparado com o funcionamento psicótico. No nosso estudo, os dados mostraram que a clivagem surgia como igualmente central no funcionamento borderline, quando comparado com o funcionamento depressivo e normal.

Os dados do Estudo 2 permitem-nos concluir que a clivagem é central no funcionamento borderline, limitando o acesso destes pacientes a representações de si e do outro integradas, complexas e capazes de suportar um investimento afectivo ambivalente.

Verificámos também que o uso de clivagem se correlacionava positivamente com os níveis de sintomatologia borderline e depressiva, bem como com a intensidade dos comportamentos disruptivos.

O facto do maior uso deste mecanismo de defesa imaturo se associar a níveis mais intensos de expressão sintomática vem, uma vez mais, trazer suporte à localização do paciente borderline numa área de maior gravidade de funcionamento e também apoiar os resultados de Coifman e colaboradores (2012) que verificaram que as experiências afectivas polarizadas, resultantes da actuação da clivagem, se associavam a taxas mais elevadas de comportamentos impulsivos em situações de stress, no paciente borderline.

Sabendo que os mecanismos de defesa são elicitados para lidar com fontes de angústia, sentidas como ameaças ao nível da integridade e estabilidade narcísica do Self, e que as defesas patológicas podem revelar-se ineficazes na gestão dessa mesma angústia (Bateman & Holmes, 1998), esperámos encontrar correlações significativas entre os valores de clivagem e os níveis globais de vulnerabilidade do Self, bem como entre clivagem e os níveis globais de angústia dominante, o que se confirmou efectivamente.

Fica aqui também uma nota quanto a uma possível linha de investigação a desenvolver futuramente que alargue a compreensão do sistema defensivo do paciente borderline através da avaliação de um conjunto mais vasto de mecanismos de defesa.

Outra questão central que orientou o Estudo 2, e que foi investigada através de uma abordagem qualitativa no Estudo 3, foi a compreensão do mundo de representações relacionais do paciente borderline.

As representações relacionais que tomámos em consideração constituíram-se como uma aproximação à compreensão do mundo objectal do paciente borderline que,

segundo Kernberg (1985/1975), não tem representações internalizadas suficientemente constantes, integradas e diferenciadas, o que se traduz numa experiência relacional marcada por descontinuidades (Greene, 1996) e numa regulação emocional deficitária (Linehan, 1993).

No Estudo 2, uma vez que a revisão de literatura indicava que os pacientes borderline tinham representações do seu mundo objectal instáveis e marcadas pela malevolência (Nigg et al., 1992), interessou-nos realizar um trajecto de investigação complementar, considerando a falta de acesso a representações calorosas, de segurança, consolo, protecção, pertença, valorização e afecto, em vez de tomar apenas como objecto de estudo a presença das dimensões negativas da relação objectal.

Tal como esperado, foram os pacientes borderline que revelaram menor acesso a representações relacionais positivas ligadas às experiências de infância, suportando a ideia de Goldstein (1983) de que estes pacientes são menos capazes de aceder a representações que envolvam calor afectivo, preocupação, empatia e dedicação, quando em situações de frustração, angústia ou perda. No entanto, os valores só traduziram diferenças estatisticamente significativas aquando do contraste entre os grupos clínicos e a normalidade, ou seja, não tornaram evidentes diferenças entre pacientes borderline e pacientes com depressão.

Ora, atendendo a que os pacientes borderline têm taxas de incidência de experiências de abandono, de negligência e de abuso traumático na infância e adolescência muito elevadas, quando comparados com outros grupos (Sokodol et al., 2002), e que as suas dificuldades de mentalização diminuem a possibilidade de recorrer a uma representação objectal abastecedora (Fonagy et al., 2002), ficando na dependência de um objecto anaclítico (Coimbra de Matos, 1994), esperaríamos que surgissem diferenças significativas entre os dois grupos clínicos.

Essas diferenças tornaram-se efectivamente evidentes nos resultados do Estudo 3, suportando a primeira hipótese colocada para esse mesmo estudo. Ou seja, a análise qualitativa de episódios de infância envolvendo a figura do cuidador demonstrou que os pacientes borderline evocavam menos frequentemente dimensões relacionais positivas do que os pacientes com depressão e do que os participantes do grupo não-clínico.

Os dados dos 130 episódios de infância analisados no Estudo 3, permitiram-nos verificar também que a experiência relacional evocada pelos grupos clínicos se distinguia do grupo não-clínico, quer por um menor nível de evocação de experiências positivas, quer por uma presença mais relevante de aspectos negativos da representação da relação com o cuidador na infância.

Este resultado é sintónico com a ideia de existirem aspectos deficitários e aspectos tóxicos da relação na génese da psicopatologia (Spitz, 1965), ou mais em particular com a proposta de Adler (1985) de uma dupla explicação para a instabilidade objectal no paciente borderline, considerando o excesso de agressividade e ambivalência ingerível, a par de uma insuficiência e falha de introjectos que tragam funções de apoio, segurança e apaziguamento.

Ao analisar as dimensões emergentes relativas à representação da relação com o cuidador, verificámos existir uma gradação de decrescente tonalidade positiva dos episódios do grupo não-clínico, para o grupo de depressão e deste para o grupo borderline, e uma crescente intensidade das experiências negativas do grupo não-clínico para os pacientes com depressão e destes para os pacientes borderline, dando suporte à ideia do esperado *continuum* de severidade, como já fomos apontando anteriormente.

O grupo de participantes sem patologia evocou predominantemente experiências positivas, envolvendo *cuidados com afecto e prazer*, e a esta categoria surgiu associada uma dimensão exclusiva deste grupo relativa a *experiências e aprendizagens*, seguindo-



se uma dimensão de *auxílio e protecção*. Os pacientes com depressão evocavam menos experiências positivas do que o grupo anterior, mas ainda assim dominava a dimensão dos *cuidados com afecto e prazer* e também apareceu com relevância a dimensão positiva de *auxílio e protecção*.

Já no grupo de pacientes borderline houve o evocar privilegiado de experiências negativas, dominando a dimensão *abuso e maus-tratos*, seguida da dimensão de *desamparo e aflição*, sendo que surgiu uma categoria exclusiva deste grupo, relativa a uma dimensão de *desqualificação de necessidades/ experiências de rejeição e de indefinição de papéis/ intrusão*, o que mostrou um grau mais intenso de malevolência associado às representações afectivas destes pacientes, na linha do que foi enunciado por Bender (2007) e ecoando um duplo tipo de dano: resultante do contacto agressivo e intrusivo com o objecto, ou resultante da privação de respostas de abastecimento afectivo e de apoio às funções do Self (Green, 1990).

As dimensões negativas mais predominantes nos episódios dos pacientes com depressão foram a *perda/ separação com pena* e o *pouco afecto*, e no grupo não-clínico surgiu uma dimensão de *conflitos* e a uma dimensão de *punição/ repreensão*, sendo esta última exclusiva do referido grupo.

Estas categorias de tonalidade negativa, que surgiram nos episódios de cada grupo, espelharam aspectos centrais do funcionamento borderline, depressivo e neurótico/normal respectivamente, ao trazerem dimensões de relação objectal de violência e intrusão, de perda e privação afectiva, e de dinamismos de conflito com culpabilidade associada.

Podemos concluir que quanto mais disfuncional é o quadro psicológico, mais o mundo de representações objectais é pautado pela malevolência e ausência de experiências de afecto e de segurança. Este dado é convergente com os resultados do

estudo empírico de Procidano e Guinta (1989), onde se verificou que características afectivas de tonalidade negativa e níveis estruturais menos desenvolvidos da representação objectal se associavam a uma maior gravidade da sintomatologia psiquiátrica. Além disso, também no Estudo 2, foram encontradas correlações significativas de valor negativo entre as representações relacionais de afecto e segurança e os níveis de sintomatologia depressiva, borderline e de comportamentos disruptivos de impulsividade.

Uma linha de análise dos dados qualitativos que não foi explorada no Estudo 3, mas que será interessante de ter em conta no futuro, com estes mesmos dados e com outros, diz respeito à consideração da complexidade, estruturação e diferenciação das representações objectais no paciente borderline, dando continuidade aos trabalhos de Westen (1991), que considera a dimensão da complexidade das representações complementar à tonalidade emocional do paradigma relacional.

Uma vez que só foi pedido um episódio de relação com o cuidador a cada participante, não houve o direccionar da evocação do paciente para experiências de valência positiva, ou negativa, o que nos permitiu de um modo exploratório verificar qual a tonalidade emocional mais evocada. No entanto, seria interessante no futuro poder direccionar a escolha para um episódio positivo e para um negativo, de modo a verificar no mesmo paciente como se organizaria o contraste entre aspectos representativos de valências opostas.

Embora não tendo acesso a episódios de valências diferentes do mesmo participante, detivemo-nos sobre a análise da variação emocional associada à experiência com o cuidador que era evocada ao longo de cada episódio. Tal como enunciámos na hipótese 2, relativa ao Estudo 3, esperávamos que os episódios evocados pelos pacientes borderline apresentassem mais claramente um crescendo de angústia e

terminassem numa tonalidade negativa, devido ao fracasso das defesas, o que não se verificou como sendo o padrão dominante, quando comparados com os episódios dos pacientes com depressão.

As diferenças de frequência deste padrão não surgiram como muito marcadas entre os dois grupos clínicos, mas foram os pacientes com depressão que apresentaram mais frequentemente episódios com um final infeliz, ou em que o último afecto evocado era de qualidade negativa. No entanto, a qualidade da experiência negativa evocada apresentava claras diferenças entre os dois grupos, apontando para uma maior gravidade do sofrimento nos episódios dos pacientes borderline, relativamente aos dos pacientes deprimidos, o que trouxe suporte empírico à hipótese 3 deste estudo.

Podemos concluir que o mundo de representações relacionais do paciente borderline é qualitativamente distinto dos grupos de comparação. Os pacientes borderline evocam representações afectivas mais carregadas de aspectos negativos, em que a relação com o cuidador traduz aspectos mais graves de violência física e psicológica e em que os aspectos de protecção, segurança e calor relacional são menos evidentes. Parecem ser as dimensões relacionais negativas que surgem como mais diferenciadoras do funcionamento borderline, relativamente aos grupos de comparação, e não a menor evocação de experiências de tonalidade positiva, ao contrário da linha que tentámos seguir.

No Estudo 3, reconhecendo que as representações do objecto estão intimamente ligadas à construção do Self (Brusset, 2005), tomámos também em consideração a experiência emocional ligada ao Self na análise qualitativa dos episódios com o cuidador de infância. Neste caso, as categorias consideradas não são emergentes dos episódios, mas foram definidas *a priori* com base na teoria de Dagnan e colaboradores

(2002), buscando convergência com os dados do Estudo 2, relativos à vulnerabilidade do Self à intrusão e ao abandono.

Os pacientes borderline distinguiram-se dos pacientes com depressão e dos participantes do grupo não-clínico por terem menos episódios onde surgisse uma *dimensão equilibrada de Self* (comportando aspectos de agência, eficácia, prazer, curiosidade e satisfação relacional) e por apresentarem mais episódios reveladores de um *Self vulnerável à intrusão* (comportando uma experiência pessoal de dor física e psíquica, sensação de ser envolvido numa relação tóxica e hostil, ou sensação de invasividade), trazendo suporte à hipótese 4 colocada no âmbito do Estudo 3. Os pacientes borderline apresentaram igualmente mais episódios reveladores de um *Self vulnerável ao abandono* (comportando aspectos de privação, défice, passividade, solidão e sensação de perda de ânimo), mas apenas por comparação com o grupo não-clínico.

Estes resultados apontam na mesma linha dos dados quantitativos do Estudo 2 e permitem-nos agora fazer a ponte com o retomar, a um outro nível de análise, dos objectivos centrais desse estudo principal, quanto à relação entre a vulnerabilidade do Self (à intrusão e ao abandono) e as representações relacionais no paciente borderline.

Se até aqui os dados nos trouxeram a especificidade da caracterização do funcionamento borderline, por contraste com os grupos de comparação, agora interessamos também entender em que medida as representações relacionais e as vulnerabilidades do Self nos permitem esclarecer a heterogeneidade do funcionamento borderline.

Esperámos que a uma maior dificuldade de evocar boas representações relacionais se associassem níveis de angústia e de vulnerabilidade do Self mais intensos e também tipos de angústia mais arcaicos, ligados à intrusão. Esperámos também que, nestes pacientes, a defesa de clivagem fosse mais usada, comprometendo a integração

das representações e sendo ineficaz para lidar com os elevados níveis de angústia, e que surgissem mais comportamentos disruptivos, aproximando este tipo de funcionamento borderline da fronteira com o funcionamento psicótico.

E considerámos a relação de variáveis inversa, ou seja, que a possibilidade de evocar mais representações calorosas e de segurança permitisse ao paciente borderline sentir a falta do objecto como mais determinante do que a ameaça da sua presença, isto é, que houvesse o predomínio de vulnerabilidade ao abandono e às angústias de espectro neurótico. Nestes pacientes borderline veríamos uma aproximação ao funcionamento depressivo, com um menor nível de uso de clivagem e menos comportamentos disruptivos.

Os dados do Estudo 2 trouxeram suporte a esta conceptualização global, ao mostrarem correlações significativas entre as variáveis nucleares, e apoiam as hipóteses específicas 8 e 9, mas não a 10, relativas a este mesmo estudo.

Começando por comentar a hipótese 10, os dados não trouxeram suporte à ideia de que os pacientes com maior vulnerabilidade à intrusão apresentassem maiores níveis de comportamentos disruptivos do que os pacientes com maior vulnerabilidade ao abandono, embora tenhamos verificado que quanto maiores os níveis de angústia maior a severidade da sintomatologia na linha borderline, incluindo estas manifestações comportamentais. O infirmar desta hipótese específica não nos parece agora um resultado surpreendente, pois vimos ao longo deste estudo, não só que os níveis de comportamentos disruptivos se apresentaram muito mais moderados e pouco diferenciados entre os grupos do que esperaríamos, como também que a vulnerabilidade ao abandono era mais elevada do que a vulnerabilidade à intrusão.

Quanto à relação entre variáveis nucleares, a análise das correlações permite-nos concluir que quanto menor o acesso a representações de afecto e segurança, mais

elevado o nível de angústia, maior a vulnerabilidade do Self, maior uso de clivagem e mais elevados os níveis de comportamentos disruptivos. E que a um maior acesso a representações de afecto e segurança se associa a relação inversa das mesmas variáveis.

Assim, quanto menor o acesso a uma boa representação interna providenciadora de segurança e de afecto, mais notórias serão as angústias emergentes da relação com o objecto, que deixam o Self exposto às ameaças de intrusão e de abandono, sendo que as formas de lidar com estas angústias intensas se revelam ineficazes: a clivagem debilita a força integradora das representações e o *acting* impede a mentalização.

Uma vez que nos interessou verificar se havia diferenças nesta relação de variáveis que distinguissem dois sub-grupos adentro do funcionamento borderline, um em que dominasse a angústia de intrusão, outro em que dominasse a angústia de abandono, investigámos essa relação de dois modos: através de modelos de regressão que nos esclarecessem quais as variáveis com valor preditivo para esses tipos específicos de vulnerabilidade do Self, e reagrupando os pacientes em dois grupos, um com níveis de vulnerabilidade à intrusão superiores aos de vulnerabilidade ao abandono e outro com níveis de vulnerabilidade ao abandono superiores aos de vulnerabilidade à intrusão, comparando depois os valores médios das variáveis nucleares do estudo.

Os dados das análises dos modelos de regressão mostraram-nos que os níveis globais de vulnerabilidade do Self eram explicados sobretudo pela clivagem, embora as representações relacionais também tivessem valor preditivo consideradas em conjunto. Verificou-se também que a clivagem tinha valor preditivo da vulnerabilidade do Self à intrusão no grupo borderline. Os resultados indicaram ainda que era a dimensão de clivagem ao nível do Self a que se correlacionava mais fortemente com o nível de vulnerabilidade à intrusão. E, ao contrário dos outros grupos, nos pacientes borderline

verificou-se que as representações relacionais em conjunto com a clivagem tinham um valor preditivo também do nível global de angústia dominante percebida.

Quando tivemos em conta a comparação de grupos de pacientes em que dominava a intrusão, ou em que dominava o abandono, só encontrámos diferenças significativas no grupo borderline, onde a clivagem surgia associada à maior vulnerabilidade à intrusão. Ao contrário do que tínhamos encontrado no estudo correlacional, aqui nestes dados não encontrámos suporte para a hipótese 9, em que afirmávamos que os pacientes com maior angústia de intrusão tinham menor acesso a representações de afecto e segurança do que os pacientes com maior angústia de abandono, no entanto a maior diferença de valores médios encontra-se justamente no grupo borderline e aponta na mesma linha dos dados das correlações.

O facto das representações relacionais e da clivagem não terem demonstrado igual efeito preditivo quanto à vulnerabilidade do Self ao abandono, pode mostrar que esta relação surge como relevante apenas num sub-grupo de pacientes que tenha uma visão menos integrada e menos positiva do seu mundo objectal, como fomos antecipando na discussão de resultados do Estudo 2.

Estes dados, embora extraídos da conjugação de várias análises e não de um modelo único, aspecto que certamente conseguiremos aperfeiçoar em trabalhos futuros, dão-nos indicação de que, tal como esperávamos, nos pacientes borderline onde domina a angústia de intrusão, surge maior nível de clivagem, sobretudo ao nível do Self, e menor acesso a representações de afecto e segurança.

Podemos concluir que, onde domina a antecipação de uma relação de proximidade com o objecto intrusiva e trazendo riscos de engolfamento, o paciente borderline apresenta mais clivagem como uma defesa que compromete, não só a

integração da representação do objecto, que é tido como menos providenciador de afecto e segurança, como também a integração da representação do seu Self.

Ao entender este dinamismo intrapsíquico será fácil estabelecer pontes para a instabilidade, para as dificuldades de regulação emocional e de continuidade de vínculos na proximidade, ou para o colapso defensivo que leva ao escoamento das angústias através da acção ou da via somática, linhas de relação que ficam como propostas de trabalhos de investigação a desenvolver futuramente.

Em síntese, os estudos empíricos que levámos a cabo mostraram que os pacientes borderline apresentavam um funcionamento diferenciado relativamente aos grupos de comparação, localizando-se numa área mais severa da psicopatologia, expressando maiores níveis de sintomatologia e de angústia, maior vulnerabilidade do Self e maior uso da defesa de clivagem. O seu mundo objectal surgiu como mais malévolos e menos providenciadores de afecto e segurança, marcado pelo evocar de experiências de violência física e psicológica e por uma representação do Self menos integrada e exposta ao risco de intrusão e de abandono. Verificou-se igualmente que na relação entre as variáveis nucleares do estudo a clivagem apresentou-se com grande centralidade e em relação quer com as dificuldades de acesso a boas representações objectais, quer com os níveis de angústia encontrados.

Iniciámos o nosso trabalho reconhecendo os desafios que se colocariam ao estudar a patologia borderline numa linha de investigação de base psicodinâmica. Agora que o damos por concluído, deixando muito por responder, muito para melhorar, e muitos caminhos para continuar, reconhecemos que toda a investigação se pautou por um modo de construção que parece ecoar o próprio lugar “intermédio” do funcionamento estudado: entre a análise das manifestações sintomáticas e os dinamismos intrapsíquicos, entre as comparações de grupos, na busca da especificidade,



e as relações de variáveis intra-grupo, na caracterização da heterogeneidade, entre o quantitativo e o qualitativo, entre a investigação experimental e o significado clínico, num espaço potencial de onde possa emergir ligação e significado na compreensão do paciente borderline.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



- Aaronson, C. J., Bender, D. S., Skodol, A. E., & Gunderson, J. G. (2006). Comparison of attachment styles in borderline personality disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77, 69-80.
- Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J. G., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 94-104.
- Akiskal, H. S. (1981). Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the “borderline” realm. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.
- Akiskal, H. S., Yerevanian, B. I., Davis, G. C., King, D., & Lemmi, H. (1985). The nosologic status of borderline personality: Clinical and polysomnographic study. *American Journal of Psychiatry*, 142, 192-198.
- Amaral Dias, C., (2004). *Costurando as linhas da psicopatologia borderland (estados-limite)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of American Psychological Association* (6<sup>th</sup> Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4<sup>a</sup> ed.). (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 2000)
- Andión, Ó., Ferrer Vinardell, M., Matali, J. L., Álvarez-Cienfuegos, L., Valero, S., Navarro, J. A., Bruguera, E., & Casas, M. (2008). Diagnóstico del trastorno limite de la personalidad: Concordancia entre el juicio clínico y la entrevista semiestructurada. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 36, 144-150.
- Andrasik, F. (Ed.). (2006). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology – Adult psychopathology* (vol. 2). New Jersey: John Wiley & Sons.
- André, J., Chabert, C., Donnet, J-L., Fédida, P., Green, A., & Widlöcher, D. (1999). *Les états-limites*. Paris: Presses Universitaires de France.
- André, J., Ehrenberg, C., Fédida, P., Parsons, M., Roussillon, R., Thompson, C., & Little, M. I. (2002). *Transfert et états limites*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Andrew, A. (2000). Psychodynamic counselling for the borderline personality disorder client. *Psychodynamic Counselling*, 6, 31-48.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- Argelander, H. (2013). The Scenic Function of the Ego and its Role in Symptom and Character Formation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 94, 337-354.
- Athanassiou-Popesco, C. (2006). *Représentation et miroir: Essai psychanalytique sur la naissance de la représentation et son rapport avec l'image observé dans le miroir*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Aulagnier, P. (2001). *The new library of psychoanalysis. The violence of interpretation: From pictogram to statement* (Vol. 41) (A. Sheridan, Trad.). East Sussex: Brunner-Routledge. (Obra original publicada em 1975)
- Ayala, N. A. H. (2005). Transference and relationship: Technical implications in the psychoanalytic process with a borderline patient. *International Forum of Psychoanalysis*, 14, 36-44.
- Azim, H. F. A., Piper, W. E., Sega, P. M., Nixon, G. W. H., & Duncan, S. C. (1991). Quality of objects relations scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 323-343.
- Baker, L., Silk, d. R., & Westen, D. (1992). Malevolence, splitting, and parental ratings by borderlines. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180, 258-264.
- Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock Publications.
- Barends, A., Westen, D., Byers, S., Leigh, J., Silbert, D., Lohr, N. E., Silk, K. R., Gold, L. J., & Kerber, K. (1992). Affect-tone of relationship paradigms. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 61-67.
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Álvarez, E., Zanarini, M. C., & Pérez Sola, V. (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for borderlines-revised (DIB-R). *Acta Españolas de Psiquiatria*, 32, 293-298.
- Barrett, T. F. (2008). Manic Defenses against Loneliness in Adolescence. *Psychoanalysis Study of the Child*, 63, 111-136.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal Psychiatry*, 158, 273-279.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment of borderline personality disorder: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Holmes, J. (1998). *Introdução à Psicanálise – teoria e prática contemporâneas*. (T. Simões de Abreu, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1997)
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, M. C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorder study. *Journal of Personality Disorder*, 18, 193-211.
- Bauman, Z. (2003). *Amor líquido. Sobre a fragilidade dos laços humanos*. (C. A. Medeiros, Trad.). Lisboa: Relógio D'Água.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Beeney, J. E., Levy, K. N., Gatzke-Kopp, L. M., & Hallquist, M. N. (2013). EEG asymmetry in borderline personality disorder and depression following rejection. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 23, 1-8.
- Bell, M. (1981). *Bell object-relations self-report scale*. Westen Haven, CT: Psychology Service VA Medical Center.
- Bell, M. D. (2003a). Bell object relations and reality testing inventory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 2003, 73-79.
- Bell, M. D. (2003b). Bell object relations inventory for adolescents and children: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Personality Assessment*, 80, 19-25.
- Bell, M., Billington, R., & Becker, B. (1986). A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity and factorial variance. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 733-741.

- Bell, M., Billington, R., Cicchetti, D., & Gibbons, J. (1988). Do object relations deficits distinguish BPD from other diagnostic groups? *Journal of Clinical Psychology*, 44, 511-516.
- Bell, M., Billington, R., Cicchetti, D., & Gibbons, J. (1989). Do object relations deficits distinguish BPD from other diagnostic groups? *Journal of Clinical Psychology*, 46, 119-127.
- Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as self-other representational disturbance. *Journal of Personality Disorders*, 21, 500-517. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.500
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Bergeret, J. (1975). *Dépression et états limites*. Paris: Payot.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod.
- Bergeret, J. (1997). *Psychopathologie pathologique*. Paris: Masson.
- Bergeret, J., & Reid, W. (1991). *Narcisismo e estados-limite* (M. V. Moreira, Trad.). Lisboa: Escher.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308-315.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of psycho-analysis*. London: Heinemann.
- Bion, W. R. (1990). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. In *Second thoughts*. London: Karnac Books. (Obra original publicada em 1962)
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (2004). *Experience of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington DC: American Psychological Association.
- Blatt, S., & Auerbach, J. (1988). Differential cognitive disturbances in three types of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 2, 198-211.



- Blatt, S., Auerbach, J., & Levy, K. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology*, 4, 351-374.
- Blatt, S., & Lerner, H. (1983a). The psychological assessment of object representation. *Journal of Personality Assessment*, 47, 7-27.
- Blatt, S., & Lerner, H. (1983b). Investigations in the psychoanalytic theory of object relations and object representations. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Vol. 1, pp.189-249). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bodner, G. (2005). Construction et changement psychique. *Bulletin de la Fédération Européenne de Psychanalyse*, 59, 31-36.
- Bodner, G. (2006, Fevereiro). *Sujeto y objecto en psicoanálisis*. Lisboa, ISPA, Fevereiro de 2006. In Conferência no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the borderline symptom list (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42, 32-39. doi: 10.1159/000173701
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T., & Stieglitz, R.-D. (2007). Psychometric properties of the borderline symptom list (BSL). *Psychopathology*, 40, 126-132. doi: 10.1159/000098493
- Bolger, E. A. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 9, 342-362.
- Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1994). Defense styles and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 28-31.
- Bornstein, R. F., Becker-Maturo, N., Winarick, D. J., & Reichman, A. L. (2010). Interpersonal dependency in borderline personality disorder: Clinical context and empirical evidence. *Journal of Personality Disorders*, 24, 109–127. doi:10.1521/pedi.2010.24.1.109
- Botella, C., & Botella, S. (2002). *Irrepresentável. Mais além da representação*. Porto Alegre: Editora Rio Grande do Sul.

- Bourguignon, O. (2004). Angústia. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Eds.). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente* (pp. 64-66). (M. R. Paiva Bóleo, Trad.). Lisboa: Climepsi.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Loss: Sadness and depression* (Vol. 3). London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Bradley, R., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2007). Borderline personality disorder. In W. O'Donohue, K. A. Fowler, & S. O. Lilienfeld (Eds.), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 167-201). London: Sage Publications, Inc.
- Broughton, J. (1986). The psychology, history and ideology of the self. In K. Larsen (Ed.) *Dialectics and ideology in psychology*. Norwood: Ablex.
- Bruscatto, W. L., & Iacoponi, E. (2000). Validade e confiabilidade da versão brasileira de um inventário de avaliação de relações de objetos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 172-177.
- Buchholz, E. S., & Helbraun, E. (1999). A psychobiological developmental model for an alonetime need in infancy. *Bulletin of Menninger Clinic*, 3, 143-158.
- Brusset, B. (2005). Métapsychologie du lien et "troisième topique?". *Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris*, 78, 23-88.
- Buelow, G., McClain, M., & McIntosh, I. (1996). A new measure for an important construct: The attachment and object relations inventory. *Journal of Personality Assessment*, 66, 604-623.
- Bychowski, G. (1953). The problem of latent psychosis. *Journal of American Psychology*, 2, 160-162.
- Cambanis, E. (2012). Treating borderline personality disorder as a trainee psychologist: Issues of resistance, inexperience and countertransference. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 21, 99-109.
- Cammell, P. (2014). Technology and technicity: A critical analysis of some contemporary models of borderline personality disorder. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. Advance online publication. doi: 10.1002/aps.1410

- Cartwright, D. (2008). Borderline personality disorder: What do we know? Diagnosis, course, co-morbidity, and aetiology. *South African Journal of Psychology*, 38, 429-446.
- Casement, P. (1990). *Further learning from the patient: The analytic space and process*. London: Tavistock Routledge.
- Chabert, C., Brusset, B., & Brelet-Foulard, F. (1999). *Névroses et fonctionnements limites*. Paris: Dunod.
- Charrier, P., & Hirschelmann-Ambrosi, A. (2006). *Os estados-limite* (E. Pestana, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cheavens, J. S., Strunk, D. R., & Chriki, L. (2012). A comparison of three theoretically important constructs: What accounts of symptoms of borderline personality disorder? *Journal of Clinical Psychology*, 68, 477-486.
- Chessick, R. D. (1997a). Psychoanalytic treatment of the borderline patient. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 25, 91-109.
- Chessick, R. D. (1997b). Dynamic psychotherapy of the borderline patient. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 441-450.
- Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Somavia, J. (1998). Assessment of the patient with borderline personality disorder for psychodynamic treatment. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 299-318). Washington, DC: American Psychological Association.
- Clarkin, J. F., Marziali, E., & Munroe-Blum, H. (Eds.) (1992). *Borderline Personality Disorder: clinical and empirical perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Cloninger, C. R. (Ed.), (1999). *Personality and psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.

- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 19, 466-486.
- Coifman, K. G., Berenson, K. R., Rafaeli, E., & Downey, G. (2012). From negative to positive and back again: Polarized affective and relational experience in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 668-679.
- Coimbra de Matos, A. (1994). Estados-limite: Etiopatogenia, patologia e tratamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 12, 132-153.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Combalbert, N., Vautier, S., & Bourdet-Loubère, S. (2006). Premiers elements pour une etude psychométrique de la fixation-régression avec la McGill Object Relations Scale. *L'Encéphale*, 32, 238-243.
- Cooper, S. H. (1989). Recent contributions to the theory of defense mechanisms: A comparative view. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, 865-891.
- Cooper, S. H., Perry, & Arnow, D. (1988). An empirical approach to the study of defense mechanisms: I. Reliability and preliminary validity of the Rorschach defense scales. *Journal of Personality Assessment*, 52, 187-203.
- Cowdry, R. W., Gardner, D. L., O'Leary, K. M., Leibenluft, E., & Rubinow, D. R. (1991). Mood variability: A study of four groups. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1505-1511.
- Crook, J. (1980). *The evolution of human consciousness*. Oxford: Oxford University Press.
- Dagnan, D., Trower, P., & Gilbert, P. (2002). Measuring vulnerability to threats to self-construction: The self and other scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 279-293.
- Davies, R. (2012). Anxiety: the importunate companion. Psychoanalytic theory of castration and separation anxieties and implications for clinical technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 1101-1114.

- Dazzi, S. (1998). Some thoughts concerning borderline pathology and fear of aloneness. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 26, 69-84.
- De Jubany, H. L. (1988). On primitive defence mechanism on the O. R. T. in borderline patients. *British Journal of Projective Psychology*, 33, 154-162.
- Del Valle Echegaray, E. M. (1999). Lo irrepresentable [Special Issue]. *Revista de Psicoanálisis*, 6, 63-85.
- Deutsch, H. (1970). *Les personnalités as if. Les "comme si" et autres textes inédits*. Paris: Seuil.
- Dexter-Smith, S., Trower, P., Oyebode, J., & Dagnan, D. (2003). Psychometric evaluation and standardization of the self and other scale. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 89-104.
- Diamond, D., Clarkin, J., Levine, H., Levy, K., Foelsch, P., & Yeomans, F. (1999). Borderline conditions and attachment: A preliminary report. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 831-875.
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., Levy, Kenneth, N., & Kerneberg, O. F. (2008). The reciprocal impact of attachment and transference-focused psychotherapy with borderline patients. In H. Steele, & M. Steele (Eds.) *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 270-294). New York: Guilford Press.
- Diatkine, R., & Simon, J. (2005). *La psychanalyse précoce: Le processus analytique chez l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Diguer, L. (2005). Mentalisation et psychothérapie chez le patient limite. *L'évolution psychiatrique*, 70, 649-661.
- Diguer, L., Lefebvre, R., Drapeau, M., Luborsky, L., Rousseau, J. P. Hébert, É., et al. (2001). The CCRT of psychotic, borderline and neurotic personality organizations. *Psychotherapy Research*, 11, 159-183.
- Diguer, L., Pelletier, S., Hébert, É., Descôteaux, J., Rousseau, J.-P., & Daoust, J.-P. (2004). Personality organizations, psychiatric severity, and self and objects representations. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 259-276.

- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. New York: Routledge.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fullbright, R. K., & Lacadie, C. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 8, 74-79.
- Drapeau, M., Perry, J.C., & Koerner, A. (2009). An empirical examination of three models of the interpersonal functioning of patients with borderline personality disorder. *Psychiatry*, 72, 143-153.
- Duruz, N. (1975). A psychopathology of intermediate states. *L'évolution psychiatrique*, 40, 759-776.
- Ehrenberg, C. (2002). Qui a peur des états limites? In J. André, C. Ehrenberg, P. Fédida, M. Parsons, R. Roussillon, C. Thompson, & M. I. Little (Eds.). *Transfert et états limites* (pp. 59-68). Paris: Presses Universitaires de France.
- Ekehammar, B., Zuber, I., & Simonsson-Sarnecki, M. (2002). The defense mechanism test (DMT) revisited: Experimental validation using threatening and non-threatening pictures. *European Journal of Personality*, 16, 283-294.
- Ekehammar, B., Zuber, I., & Konstenius, M.-L. (2005). An empirical look at the defense mechanism test (DMT): Reliability and construct validity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 285-296.
- Erikson, E. H. (1986). The problem of ego identity. In M. H. Stone (Ed.). *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. New York: New York University Press.
- Espasa, F. P. (2005). Angoisse. In Mijolla, A. (Ed.). (2005). *Dictionnaire international de la psychanalyse* (pp. 105-109). Paris: Hachette Pluriel Reference.
- Estellon, V., (2010). *Les états limites*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Evans, M. (2007). Being driven mad: Towards understanding borderline and other disturbed states of mind through the use of the counter-transference. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21, 216-232.

- Fain, M., & Kreisler, L. (1970). Discussion sur la genèse des fonctions représentatives à propos de deux observations pédiatriques. *Revue Française de Psychanalyse*, 34, 285-306.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- Fairbairn, W. R. D. (1955). Observations in defense of the object relations theory of the personality. *British Journal of Medical Psychology*, 28, 144-156.
- Fairbairn, W. R. D. (1994). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Routledge. (Obra original publicada em 1952)
- Fayek, A. (2005). The centrality of the system unconscious in the theory of psychoanalysis: The nonrepressed unconscious. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 524-543.
- Fenichel, O. (1946). *The psychoanalytic theory of neuroses*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Figueiredo, L. C. (2006). Sense of reality, reality testing and reality processing in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 769-788.
- Fischler, P. H., Sperling, M. B., & Carr, A. C. (1990). Assessment of adult relatedness: A review of empirical findings from object relations and attachment theories. *Journal of Personality Assessment*, 55, 499-520. doi: 10.10207/s15327752jpa5503&4\_9
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality: The development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 39-45.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411-430.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, the development of the self*. London: Karnac.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.

- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-234.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 853-873.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 412-459.
- Fourcade, J. M. (1997). *Les patients-limites: Pour une psychothérapie émotionnelle intégrative*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Fraiberg, S. (1969). Libidinal object constancy and mental representation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 9-47.
- Frank, H., & Paris, J. (1981). Recollections of family experience in borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1031-1034.
- Freud, S. (1967). *Obras Completas*. (L. Lopez-Ballesteros & Torres, Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva
- Fromm, G. M. (1995). What does borderline mean? *Psychoanalytic Psychology*, 12, 233-245.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica* (4ª Ed.) (M. R. S. Hofmeister, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gadassi, R., Snir, A., Downey, G., Berenson, K., & Rafaeli, E. (2014). Out of the frying pan, into the fire: Mixed affective reactions to social proximity in borderline and avoidant personality disorders in daily life. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 613-622.
- Gammelgaard, J. (2010). *Betweenity: A discussion of the concept of borderline* (K. MacLean, & C. Madden, Trad.). New York: Routledge.
- Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1985). Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 359-403.



- Gardner, K., & Qualter, P. (2009). Reliability and validity of three screening measures of borderline personality disorder in a nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 46, 636-641. doi: 10.1016/j.paid.2009.01.005
- Gerard, F. (1995). What does borderline mean? *Psychoanalytic Psychology*, 12, 233-246.
- Gerson, M. J. (1984). Splitting: The development of a measure. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 157-162.
- Ghaemi, S. N., Dalley, S., Catania, C., & Barroilhet, S. (2014). Bipolar or borderline: A clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130, 99-108.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-38). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). *Counselling for depression* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Sage.
- Gilbert, M., Cheung, S-P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 108-115. doi: 10.1002/ccp.359
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., & Malhi, G. S. (2006). Acting-in and acting-out measure. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 201-208.
- Goldstein, W. N. (1983). DSM-III and the diagnosis of borderline. *American Journal of Psychotherapy*, XXXVII, 312-327.
- Golse, B. (2002). *Do corpo ao pensamento* (M. Cabral Fernandes, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Eds.). *Avaliação Psicológica* (2<sup>a</sup>ed., Vol 1, pp.33-43). Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the CES-D. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, (4), 339-348.

- Gould, J. R., Prentice, N. M., & Ainslie, R. C. (1996). The splitting index: Construction of a scale measuring the defense mechanism of splitting. *Journal of Personality Assessment*, 66, 414-430.
- Green, A. (1987). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Minuit.
- Green, A. (1990). *La folie privée: Psychanalyse des cas-limites*. Paris: Gallimard.
- Green, A. (1999). On discriminating and not discriminating between affect and representation. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 277-316.
- Green, A. (2000). The central phobic position: A new formulation of the free association method. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 429-451.
- Green, A. (2005). *Play and reflection in Donald Winnicott's writings. The Donal Winnicott memorial lecture*. London: Karnac.
- Greenacre, P. (1950). General problems of acting out. *The Psychoanalytic Quarterly*, 19, 455-67.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica* (D. Dantas, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1983)
- Greene, L. R. (1990). Relationships among semantic differential change measures of splitting, self fragmentation and object relations in borderline psychopathology. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 21-32.
- Greene, L. R. (1996). Primitive defenses, object relations, and symptom clusters in borderline psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 67, 294-304.
- Grey, A. L., & Losardo, A. L. (1991). Image and action: On the link between subjective representation and interpersonal relations. *Psychoanalytic Psychology*, 8, 329-337.
- Grinberg, L. (1968). Sobre el acting out en el proceso psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 680-713.
- Grinberg, L. (1997). Les affects douloureux dans les états-limites. *Boletim da Federação Europeia de Psicanálise*, 49, 57-68.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. (C. Mortágua, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Grinberg, L., & Franch, N. P. (1995). Sonho e acting out. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 29, 129-149.
- Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of ego-functions*. New York: Basic Books.
- Guex, G. (1973). *Le syndrome d'abandon*. Paris: Presses Universitaires de Paris. (Obra original publicada em 1950)
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. USA: American Psychiatry Press, Inc.
- Gunderson, J. G. (1996). The intolerance of aloneness. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- Gunderson, J. G. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2<sup>nd</sup> Ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gunderson, J. G., & Elliott, G. R. (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 277-288.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients form psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-9.
- Guntrip, H. (1983). *Schizoid phenomena, object-relations and the self*. London: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1968)
- Guzder, J., Paris, J., Zelkowitz, P., & Marchessault, K. (1996). Risk factors for borderline pathology in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 26-33.

- Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). Refining the phenotype of borderline personality disorder: Diagnostic criteria and beyond. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 228-246.
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.
- Hatzitaskos, P. K., Soldatos, C. R., & Sakkas, P. N. (1997). Discriminating borderline from antisocial personality disorder in male patients based on psychopathology patterns and type of hostility. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 442-446.
- Heppner, P. P., Kivlinghan, D. M., & Wampold, B. E. (1998). *Research design in counseling* (2<sup>nd</sup> Ed.). Belmont, CA: Wadsworth publishing company.
- Hibbard, S., Hilsenroth, M., & Nash, M. (1995). A validity study of two projective representations measures. *Psychological Assessment*, 7, 432-439.
- Hinshelwood, R. D. (1991). *Dicionário do pensamento kleiniano* (J. O. A. Abreu, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1989)
- Hoch, P., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatry Quarterly*, 23, 248.
- Honner, M. S., & Diamond, D. (1996). Object relations development and psychotherapy dropout in borderline outpatients. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 205-224.
- Hopwood, C. J., Swenson, C., Bateman, A., Yeoman, F. E., & Gunderson, J. G. (2014). Approaches to psychotherapy for borderline personality: Demonstrations by four master clinicians. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5, 108-116.
- Hopwood, D. J., Thomas, K. M., & Zanarini, M. C. (2012). Hyperbolic temperament and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 6, 22-32.
- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Huband, N., Duggan, C., McCarth, L., Mason, L., & Rathbone, G. (2014). Defense styles in a sample of forensic patients with personality disorder. *Personality and Mental Health*, 8, 238-249.
- Huprich, S. K., & Greenberg, R. P. (2003). Advances in the assessment of objects relations in the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 23, 665-698. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00072-2
- Huprich, S. K., Porcerelli, J. H., Karana, D., & Kamoo, R. (2007). Parental representations, object relations and their relationship to depressive personality disorder and dysthymia. *Personality and Individual Differences*, 43, 2171-2181.
- Hurvich, M. (2003). The place of annihilation anxieties in psychoanalytic theory. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 51, 579-607.
- Imbasciati, A. (2003). *Nascimento e construção da mente* (J. J. C. Serra, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1998)
- Izzo, E. M. (2004). Le organizzazioni borderline como difese predepressive. *Rivista di Psicoanalisi*, 50, 689-714.
- Jack, D. C. (2005). Silencing the self scale. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 549-558.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.
- Kernberg, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 600-619.
- Kernberg, O. (1985). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Oxford: Jason Aronson Inc. (Obra original publicada em 1975)
- Kernberg, O. (1986). Borderline personality organization. In M. H. Stone (Ed.). *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. New York: New York University Press.
- Kernberg, O. (2003). The management of the affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 517-545.

- Kernberg, O. (2006). *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação psicoterapêutica* (P. Câmara, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kernberg, O., Selzer, M., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Applebaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110.
- King-Casas, B., Sharp, C., Lomax-Bream, L., Lohrenz, T., Fonagy, P., & Montague, P. R. (2008). The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*, 321, 806–810. doi:10.1126/science.1156902
- Kiropoulos, L. A., & Klimidis, S. (2006). A self-focused attention scale: Factor structure and psychometric properties. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 297-306. doi: 10.1007/s10608-006-9049-2
- Knight, R. (1953). Borderline states. *Bulletin of Menninger Clinic*, 17, 1-12.
- Knight, R. (1954). Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient. In R. P. Knight, & C. R. Freidman (Eds.), *Psychoanalytic psychiatry and psychology* (pp. 110-122). New York: International Universities Press.
- Knox, S., Goldberg, J. L., Woodhouse, S. S., & Hill, C. E. (1999). Client's internal representations of their therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 244-256.
- Koff, E. R. (1999). *Object relations and defense mechanisms: Related structural personality variables* (Doctoral dissertation). Retrieved from PsycINFO Database Record.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1978). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. In H. Kohut (Ed.), *The search for the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Kopola-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., Moskowitz, D. S., & Paris, J. (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Differences in affective reactivity explained by the traits of dependency of self-criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 680-691.
- Kramer, U., Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J.-N. (2013). Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology, 30*, 3-15.
- Kullgren, G. (1987). An empirical comparison of three different borderline concepts. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76*, 246-255.
- Kurtz, J. E., & Morey, L. C. (1998). Negativism in evaluative judgments of words among depressed outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder, 12*, 351-361.
- Laplanche, J. (1980). *Problématiques I – L'angoisse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J. (1989). *New foundations for psychoanalysis* (D. Macey, Trad.). Cambridge: Wiley Blackwell. (Obra original publicada em 1987)
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1990). *Vocabulário da psicanálise*. Lisboa: Editorial Presença. (Obra original publicada em 1967)
- Laporte, L., & Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 10*, 247–259.
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism. American life in an age of diminishing expectations*. NY/London: W. W. Norton & Company.
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Guideline for critical review of qualitative studies*, <http://www.fhs.mcmaster.ca/rehab/ebp/>
- Lecrubier, Y., Weller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., Lépine, J. P., Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Sheehan, K. H., Knapp, E., Sheehan, M. (1999). *M. I. N. I. 5.0.0 Portuguese Version /DSM-IV /Current* (T. Guterres, P. Levy, & P. Amorim, Trad.).

- Le Guen, C. (Ed.) (2008a). Angoisse. In C. Le Guen (Ed.), *Dictionnaire Freudien* (pp. 140-160). Paris: Presses Universitaires de France.
- Le Guen, C. (Ed.) (2008b). *Dictionnaire Freudien*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Leichsenring, F. (1990). Discriminating borderline from neurotic patients. *Psychopathology*, 23, 21-26.
- Leigh, J., Westen, D., Barends, A., Mendel, M. J., & Byers, S. (1992). The assessment of complexity of representations of people using TAT and interview data. *Journal of Personality*, 60, 809-837.
- Leihener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R., & Bohus, M. (2003). Subtype differentiation of patients with borderline personality disorder using a circumplex model of interpersonal behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 248-254. doi: 10.1097/00005053-2000304000-00006
- Lerner, P. (1992). The borderline concept: Crossroads of theory and research. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 452-463). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lerner, P., & Lerner, H. (1980). Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure. In J. Kwawer, H. Lerner, P. Lerner, & A. Sugarman (Eds.), *Borderline phenomena and the Rorschach test* (pp. 257-274). New York: International Universities Press.
- Lerner, H. D., & St. Peter, S. (1984). Patterns of object relations in neurotic, borderline, and schizophrenic patients. *Psychiatry*, 47, 77-92.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 481-501.
- Liebman, R. E., & Burnette, M. (2013). It's not you, it's me: An examination of clinician – and client-level influences on countertransference toward borderline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83, 115-125.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford.



- Links, P. S., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 12, 1-9.
- Links, P. S., Steiner, M., & Huxley, G. (1988). The occurrence of borderline personality disorder in the families of borderline patients. *Journal of Personality Disorder*, 2, 14-20.
- Lioti, G. (2002). The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 349-366.
- Lipovetsky, G. (1989). *O império do efêmero*. (R. Louro, Trad.). Lisboa: Dom Quixote.
- Lipovetsky, G. (1989). *A era do vazio. Ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. (M. Serras Pereira, Trad.). Lisboa: Relógio d'Água.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method*. New York: Basic Books.
- Ludolph, P. S., Silk, K. R., Lohr, N. E., & Cornell, D. G. (1983). *Guidelines for the administration of the diagnostic interview for borderline*. New York: Roerig-Pfizer.
- Luz, A. B. (2010). A capacidade de sonhar e a sua importância na vida moderna: o não sonhar. *Psicanálise em Revista*, 8, 69-76.
- Luz, A. B. (2014). A verdade como forma de desenvolver e preservar o espaço para pensar nas mentes de paciente e analista. Lisboa, 8 de Fevereiro de 2014. In *O tratamento psicanalítico nos distúrbios borderline – Aspectos técnicos*, Lisboa.
- Lyotard, J.-F. (1989). *A condição pós-moderna*. (J. Bragança de Miranda, Trad.). Lisboa: Gradiva.
- Mahler, M. (1971). A study of the separation individuation process, and its possible application to borderline in the psychoanalytic situation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1963).
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.

- Mahoney, M. (1991). *The human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Maltsberger, J. T. (2004). The descent into suicide. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 653-668.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Marziali, E. & Oleniuk, J. (1990). Object representation in descriptions of significant others: A methodological study. *Journal of Personality Assessment*, 54, 105-115.
- Masling, J. M., & Bornstein, R. F. (1994). *Empirical perspectives on object relations theory*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Masterson, J. F. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*. New York: Wiley.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Routledge.
- Masterson, J. F. (2000). *The personality disorders. A new look at the developmental self and object relations approach. Theory, diagnosis, treatment*. Phoenix, Arizona: Zeig, Tucker & Thiesen, Inc.
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 163-177.

- Matos, M. (2006). *Aspectos teórico-clínicos das representações nas patologias limite*. Prova de agregação, Departamento de Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Matos, M. (2007, Novembro). *Sensorialidade e representação: Aspectos teóricos e clínicos*. Lisboa, ISPA 24 de Novembro de 2007. In Ciclo de Conferências de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, Lisboa.
- Matos, M. (2014, Maio). *Transformações quase impossíveis*. In Comunicação ao 1º Congresso Ibérico de Psicanálise Relacional, Cáceres.
- Mayman, M. (1968). Early memories and character struture. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 32, 303-316.
- Mayman, M., & Faris, M. (1960). Early memories as expressions of relationship paradigms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 507-520.
- McLean, L., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complete post-traumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 369-371.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counseling and psychotherapy*. London: SAGE Publications.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico* (F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1994)
- Meissner, W. W. (1984). *The borderline spectrum: Differential diagnosis and developmental issues*. USA: Jason Aronson Inc.
- Melartin, T., Häkkinen, M., Koivisto, M., Suominen, K., Isometsä, E. (2009). Screening of psychiatric outpatients for borderline personality disorder with the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 475-478. doi: 10.3109/08039480903062968
- Meltzoff, J. (1998). *Critical Thinking about research: Psychology and related fields*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Mijolla, A. (Ed.). (2005). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris: Hachette Pluriel Reference.
- Milner, M. (1969). *The hands of the living god: An account of a psycho-analytic treatment*. London: The Hograth Press.
- Millon, T. (1987). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: a social learning thesis. *Journal of Personality Disorder*, 1, 354-372.
- Millon, T. (Ed.) (2004). *Personality disorders in modern life* (2<sup>nd</sup> Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal* (3<sup>th</sup> Ed.). London: John Wiley & Sons.
- Misencik, S. G. (2002). *The relationship between perceptions of maternal abandonment and engulfment and clinging and distancing defenses in women with borderline personality disorder*. (Doctoral Dissertation). Retrieved from PsycINFO Database Record.
- Model, A. (1968). *Object love and reality*. New York: International Universities Press.
- Modell, A. H. (1976). The holding environment and therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 282-291.
- Modell, A. H. (1993). *The private self*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Murray, L., & Trevarthen, C. (1986). Mother-infant interactions: Quality of relationship. *Infant Mental Health Journal*, 12, 219-232.
- Nica, E., & Links, P. S. (2009). Affective instability in borderline personality disorder: Experience sampling findings. *Current Psychiatry Reports*, 11, 74-81. doi:10.1007/s11920-009-0012-2
- Nigg, J. T., Lohr, N. E., Westen, D., Gold, L. J., & Silk, K. R. (1989). *Affective quality of relationships in the early memories of borderlines, depressives and normals*. Departamento de Psicologia, Universidade do Michigan.
- Nigg, J. T., Lohr, N. E., Westen, D., Gold, L. J., & Silk, K. R. (1992). Malevolent object representations in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 61-67.

- O'Donohue, W., Fowler, K. A., & Lilienfeld, S. O. (2007). *Personality disorders: Toward the DSM-V*. London: Sage Publications, Inc.
- Ogden, T. (2010). *Rediscovering psychoanalysis*. Routledge: New York.
- Oloff, M., Godaert, G., & Ursin, H. (Eds.) (1991). *Quantification of human defence mechanisms*. Luxemburg: Springer-Verlag.
- Omar, H., Tejerina-Arreal, M., & Crawford, M. J. (2014). Are recommendations for psychological treatment of borderline personality disorder in current UK guidelines justified? Systematic review and subgroup analysis. *Personality and Mental Health*, 8, 228-237.
- Park, S. W., & Colvin, C. R. (2014). Narcissism and other-derogation in the absence of ego threat. *Journal of Personality*. Advance online publication. doi: 10.1111/jopy.12107.
- Paris, J. (1996). Cultural factors in the emergence of borderline pathology. *Psychiatry*, 59, 185-192.
- Paris, J. (1997a). Antisocial and borderline personality disorders: Two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology? *Comprehensive Psychiatry*, 38, 237-242.
- Paris, J. (1997b). Social factors in the personality disorders. *Transcultural Psychiatry*, 34, 421-452.
- Paris, J. (1998). Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 148-153.
- Paris, J. (2001a). Commentary on the suicidal risk in severe personality disorders: Differential diagnosis and treatment. *Journal of Personality Disorders*, 15, 212-215.
- Paris, J. (2001b). Psychosocial adversity. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research and treatment* (pp. 231-241). New York: Guildford.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Services*, 53, 738-742.
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: Precursors, course and outcome. *Journal of Personality Disorders*, 17, 479-488.

- Paris, J. (2004). Borderline of bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 140-145.
- Paris, J. (2005). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 435-441.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A twenty-seven year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pec, O., Bob, P., & Raboch, J. (2014). Splitting in Schizophrenia and Borderline Personality Disorder. *Plos One*, 9. Advance online publication. doi: 10.1371/journal.pone.0091228
- Perron, R. (2005). Représentation. In A. Mijolla (Ed.). *Dictionnaire international de la psychanalyse* (pp. 1525-1528). Paris: Hachette Pluriel Reference.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 863-894.
- Person, E. S., Cooper, A. M., & Gabbard, G. O. (2007). *Compêndio de psicanálise* (Trad. D. Bueno). Porto Alegre: Artmed.
- Pfeifer, S. (2004). *Borderline, états limites. Comprendre l'instabilité émotionnelle*. Paris: Empreinte Temps Présent.
- Phillipson, H. (1973). *Object relations technique*. Windson, UK: NFER-Nelson Publishing Company.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Procidano, M. E., & Guinta, D. M. (1989). Object representations and symptomatology: Preliminary findings in young adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 309-316.

- Pukrop, R., & Krischer, M. (2005). Changing views about personality disorders: Comment about the prospective studies CIC, CLPS, and MSAD. *Journal of Personality Disorders*, 19, 563-572.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rashid, M., & Gosai, I. (2011). The girl who swallows knives: uncontrollable deliberate self-harm in a teenage girl with borderline personality disorder. *BMJ Case Reports*, 25. Advance online publication. doi: 10.1136/bcr.07.2010.3136
- Reed, G. S., & Baudry, F. D. (2005). Conflict, structure, and absence: André Green on borderline and narcissistic pathology. *Psychoanalytic Quarterly*, 74, 121-156.
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 427-437.
- Rennie, D. L. (2002). Experiencing psychotherapy: Grounded theory studies. In D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 117-144). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rennie, D. L. (2004). Anglo-north American qualitative counseling and psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 14, 37-55. doi: 10.1093/ptr/kph003
- Rennie, D. L., Watson, K. D., & Monteiro, A. M. (???) The rise of qualitative research in psychology. *Canadian Psychology*, 43, 179-189.
- Rey, H. (1994). *Universals of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline states*. London: Free Association Books.
- Richmand, N. E., & Sokolove, R. L. (1992). The experience of aloneness, object representation, and evocative memory in borderline and neurotic patients. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 77-91.
- Richter, J., & Eisemann, M. (2002). Stability of memories of parental rearing among psychiatric inpatients: A replication based on EMBU subscales. *Psychopathology*, 34, 318-325.

- Richter, J., & Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 171-184.
- Roberts, D. D. (2000). Shorter term treatment of borderline personality disorder: A developmental, self and object relations approach. *Psychoanalytic Psychology*, 17, 106-127.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magrinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estio de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4, 643-665.
- Rojas, E. (1994). *O homem light. Uma vida sem valores*. (V. M. Neves, Trad.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Rosa, A., & Pinheiro, C. (2003). A pele transparente: Do estado limites ao limite soma/psique. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 32-36.
- Rosenfeld, H. (1963). Notes on psychopathology and psychoanalytical treatment of schizophrenia. In A. Hassan & B. C. Guleck (Eds.), *Psychotherapy of schizophrenic and maniac-depressive states* (pp. 61-72). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Rosse, I. (1986). Clinical evidences of borderline insanity. In M. H. Stone (Ed.). *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. New York: New York University Press.
- Rouan, G., & Rouvier, S. (2004). Clivagem. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Eds.). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente* (pp. 170-172). (M. R. Paiva Bóleo, Trad.). Lisboa: Climepsi.
- Roussillon, R. (2012). *Agonie, clivage et symbolization*. Paris: Presses Universitaires de Paris.
- Ruggiero, I. (2012). The unreachable object? Difficulties and paradoxes in the analytical relationship with borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 585-606.
- Russell, J. J., Moskowitz, D. S., Zuroff, D. C., Sookman, D., & Paris, J. (2007). Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality



- disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 578-588. doi: 10.1037/0021-843X.116.3.578
- Ryle, A. (1990). *The concept of mind*. London: Penguin Books. (Obra original publicada em 1949)
- Ryle, A. (2007). Investigating the phenomenology of borderline personality disorder with the states description procedure: Clinical implications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 329-341.
- Samuel, P. (2010). *Borderline, états limites: Comprendre l'instabilité émotionnelle* (A. Doriath, Trad.). France: Empreinte Temps Présent.
- Sandler, J. (1994). Fantasy, defense, and the representational world. *Infant Mental Health Journal*, 15, 26-35.
- Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 118-138.
- Scarfone, D. (2013). L'impassé, actualité de l'inconscient, les couples asymétriques. *Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris*, 2014-1, 182-190.
- Schachnow, J., Clarkin, J., DiPalma, C. S., Thurston, F., Hull, J., & Shearin, E. (1997). Biparental psychopathology and borderline personality disorder. *Psychiatry*, 60, 171-181.
- Schmideberg, M. (1940). Anxiety states. *Psychoanalytic Review*, 27, 439-450.
- Schmideberg, M. (1950). Infant memories and constructions. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 468-481.
- Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. In S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry* (vol. 1, pp. 398-416). New York: Basic books.
- Schmidts, R. (1978). The psychodynamics of acting out within a dynamic psychiatric hospital. *Dynamische Psychiatrie*, 11, 232-240.
- Segal, S. (1964). *Introduction to the work of Melanie Klein*. New York: Basic Books.

- Segal, S., Westen, D., Lohr, N., Silk, K., & Cohen, R. (1989). *Assessing object relations and social cognition in borderline personality disorder from stories told to Picture Arrangement subtest of the WAIS-R*. Manuscrito não publicado. Departamento de Psicologia, Universidade do Michigan.
- Selby, E. A. (2013). Chronic sleep disturbances and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 941-947.
- Selby, E. A., Briathwaite, S. R., Joiner, T. E., & Fincham, F. D. (2008). Features of borderline personality disorder, perceived childhood emotional invalidation, and dysfunction within current romantic relationships. *Journal of Family Psychology, 22*, 885-893. Doi:10.1037/a0013673
- Selby, E. A., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2013). What dreams may come: Emotional cascades and nightmares in borderline personality disorder. *Dreaming, 23*, 126-144.
- Semerari, A., & Fiore, D. (2007). Borderline personality disorder: model and treatment. In G., Dimaggio, A., Semerari, A., Carcione, G., Nicolò, & M., Procacci, (Eds.), *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles*. New York: Routledge.
- Serban, G., Conte, H. R., & Plutchik, R. (1987). Borderline and schizotypal personality disorders: Mutually exclusive or overlapping? *Journal of Personality Assessment, 51*, 15-22.
- Shearer, S. L. (1994). Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 524-526.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 34-57.
- Sjastad, H. N., Grawe, R. W., & Egeland, E. (2012). Affective disorders among patients with borderline personality disorder. *PLOS One, 7*. Advance online publication.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A., & Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or

- obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276-283.
- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., Stout, R. L., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., & McGlashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35, 443-351.
- Snyder, J. (2006). Modern psychoanalysis meets André Green: The case of Z. *Modern Psychoanalysis*, 31, 25-44.
- Snyder, S., Pitts, W. M., & Pokorny, A. D. (1986). Selected behavioral features of patients with borderline personality traits. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 28-39.
- Spear, W. E., & Sugarman, A. (1984). Dimensions of internalized object relations in borderline and schizophrenic patients. *Psychoanalytic Psychology*, 1, 113-129.
- Sperling, M. (1968). Acting-out behavior and psychosomatic symptoms: Clinical and theoretical aspects. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49, 250-253.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*. Madison: International Universities Press.
- Stanley, B., & Wilson, S. T. (2006). Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20, 307- 319.
- Steiger, H., & Houle, L. (1991). Defense styles and object-relations disturbances among university women displaying varying degrees of “symptomatic” eating. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 145-153.
- Stein, D. (1977). *The first relationship: Mother and infant*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stein, D. (1985). *The international word of the infant: A view from Psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

- Stepp, S. D., Pilkonis, P. A., Yaggi, K. E., Morse, J. Q., & Feske, U. (2009). Interpersonal and emotional experience of social interactions in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 484–491. doi:10.1097/NMD.0b013e3181aad2e7
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 7, 467-489.
- Stolorow, R. D., & Lachmann, F. M. (1978). The developmental prestages of defenses: Diagnostic and therapeutic implications. *The Psychoanalytic Quarterly*, 47, 73-102.
- Stone, M. H. (Ed.) (1986). *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. New York: New York University Press.
- Stuart, J., Westen, D., Lohr, N., Silk, K., Becker, S., Vorus, N., & Benjamin, J. (1990). Object relations in borderlines, major depressives, and normals: Analysis of Rorschach human figure responses. *Journal of Personality Assessment*, 55, 296-314.
- Sturrock, B., & Mellor, D. (2014). Perceived emotional invalidation and borderline personality disorder features: A test of theory. *Personality and Mental Health*, 8, 128-142.
- Summers, F. (1988). Psychoanalytic therapy of the borderline patient: Treating the fusion-separation contradiction. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 339-356.
- Summers, F. (1999). Psychoanalytic boundaries and transitional space. *Psychoanalytic Psychology*, 16, 3-20.
- Swartz, M. S., Blazer, D. G., George, L. K., Winfield, I., Zakris, J., & Dye, E. (1989). Identification of borderline personality disorder with the NIMH diagnostic interview schedule. *American Journal of Psychiatry*, 146, 200-205.
- Tangney, J. P., & Fischer, K. W. (Eds.) (1995). *The self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. New York: Guildford.
- Taylor, G. (1992). Psychoanalysis and psychosomatics: A new synthesis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 20, 251-275.
- Thackery, E., & Harris, M. (Eds.) (2002). *Gale encyclopedia of mental disorders*. New York: Thompson-Gale.

- Thompson, A., Nelson, B., Bechdolf, A., Chanen, A. M., Domingues, I., McDougall, E., & Yung, A. R. (2012). Borderline personality features and development of psychosis in an “Ultra High Risk” (UHR) population: a case control study. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 247-255.
- Tramantano, G., Javier, R. A., & Colon, M. (2003). Discriminating among subgroups of borderline personality disorder: An assessment of object representations. *The American Journal of Psychoanalysis*, 63, 149-175.
- Trepanier, L., Perry, J. C., Koerner, A., Stamoulos, C., Sheptycki, A., & Drapeau, M. (2013). A study of the similarity between three models of interpersonal functioning of patients with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 55-60.
- Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Watson, D. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 647-661.
- Trull, T. J., Stepp, S. D., & Solhan, M. B. (2006). Borderline personality disorder. In F. Andrasik (Ed.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology – Adult psychopathology* (vol. 2, pp 299-315). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Urist, J. (2000). On the object relational texture of affects. *Journal of Personality Assessment*, 75, 9-17.
- Valeniiner, D. P., Hiraoka, R., & Skowronski, J. J. (2014). Borderline personality disorder features, self-verification, and committed relationships. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33, 463-480.
- VanDerhei, S., Rojahn, J., Stuewig, J., & McKnight, P. E. (2014). The effect of shame-proneness, guilt-proneness, and internalizing tendencies on nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 317-330.
- Van Manen, K.-J. W. (1996). *Study of object representations, capacity for intimacy, and use of defenses in young adults* (Doctoral Dissertation). Retrieved from PsycINFO Database Record.

- Vardy, Y. (2011). The experience of aloneness in the personality borderline disorder (Doctoral dissertation, University of Wollongong, Australia). Retrieved from: <http://ro.uow.edu.au/theses/3412>
- Vaslamatzis, G. (1995). On the process of the psychoanalytic psychotherapy with the borderline depressive patient. *International Forum of Psychoanalysis*, 4, 111-119.
- Vattimo, G. (1987). *O fim da modernidade. Niilismo e hermenêutica na cultura pós-moderna*. (M. F. Boavida, Trad.). Lisboa: Editorial Presença.
- Vingerhoets, A., Bussel, F. V., & Boelhouwer, J (Eds.). (1997). *The (Non) expression of emotions in health and disease*. Tilburg: University Press.
- Walsh, F. (1977). The family of the borderline patient. In R. R. Grinkle, & B. Werble, *The borderline patient* (pp. 158-177). New York: Jason Aronson.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E., Ollendick, T., & King, N. (2006). Do therapies designated as empirically supported treatments for specific disorders produce outcomes superior to non-Empirically supported treatment therapies? In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 299-328). Washington, DC: American Psychological Association.
- Waska, R. (2002). Acting-out, the death instinct and primitive experiences of loss and guilt. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 10, 25-45.
- Watson, J. C., & Rennie, D. L. (1994). Qualitative analysis of clients' subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 500-509.
- Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2008). *Handbook of personality assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Weiss, M. Zerkowitz, P., & Feldman, R. B. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *Canadian Journal Psychiatry*, 41, 285-290.

- Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Aidane, E., David, M., Serres, J., Cohen, D., & Rabain, D. (2014). Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent-infant interaction, and preventive/therapeutic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 139-153.
- Westen, D. (1990). Towards a revised theory of borderline object relations: Contributions of empirical research. *International Journal of Psychoanalysis*, 71, 661-693.
- Westen, D. (1991a). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin*, 109, 429-455.
- Westen, D. (1991b). Clinical assessment of object relations using the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 56, 56-74.
- Westen, D., Lohr, N., Silk, K. R., Gold, L., & Kerber, K. (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normal: A thematic apperception test analysis. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 355-364.
- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R., & Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression. *Journal of Personality Disorder*, 6, 382-393.
- White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Hudson, J. I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harvard Review Psychiatry*, 11, 8-19.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 1015-1021.
- Widlöcher, D. (1994). *Traité de psychopathologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Widlöcher, D. (2001). *As lógicas da depressão*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1995)
- Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 528-541.
- Williams, K. D., Cheung, C. K. T., & Choi, W. (2000). Cyberostracism: Effects of being ignored over the internet. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 748-762.

- Winnicott, D. W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. In D. W. Winnicott (Ed.), *Collected Papers: Through paediatrics to psycho-analysis* (pp. 229-242). London: Tavistock Publications.
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 416-420.
- Winnicott, D. W. (1960). Ego distinction in terms of true and false self. In D. W. Winnicott (Ed.), *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 140-152). New York: International University Press, Inc.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.
- Winnicott, D. W. (1992). Fear of breakdown. In C. Winnicott, R. Sheperd & M. Davis (Eds.) *Psycho-analytic explorations*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Obra original publicada em 1963)
- Wolberg, A. R. (1973). *The borderline patient*. New York: Intercontinental Medical Book Corporation.
- Wolfe, B. E. (2005). *Understanding and treating anxiety disorders: An integrative approach to healing the wounded self*. Washington, DC: American Psychological Association.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental health and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 25-36.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 201-207.



- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Fitzmaurice, G. (2013). Defense mechanisms reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up: Description and prediction of recovery. *American Journal of Psychiatry*, 170, 111-120.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Gunderson, J. G., (1988). Pharmacotherapy of borderline outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 372-378.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Bradford Reich, D., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2108-2114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorder*, 19, 19-29.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 161-167.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17, 568-573.
- Zanarini, M. C., Weingeroff, M. A., & Frankenburg, M. D. (2009). Defense Mechanisms Associated with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorder*, 23, 113-121.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences

associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 54, 1101-1106.

Zeigler-Hill, V. & Abraham, J. (2006). Borderline personality features: Instability of self-esteem and affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 668-687.

Zelnick, L., & Buchholz, E. (1990). The concept of mental representation in light of recent infant research. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 29-58.

Zilboorg, G. (1941). Ambulatory schizophrenias. *Psychiatry*, 4, 149-155.

Zittel, C., & Westen, D. (1998). Conceptual issues and research findings on borderline personality disorder: What every clinician should know. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 5-20.

Zlotnick, C., Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 16, 277-282.

Zusman, W. (2005). A opção sónica e o processo simbólico. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 26, 73-90.







Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

ana.medina@fp.ul.pt

### **Apresentação do Projecto:**

#### **“Patologia Borderline: representações relacionais e vulnerabilidades do Self”**

Esta investigação integra-se num projecto de Doutoramento em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa orientado pelo Prof. Doutor Manuel Matos.

Dagnan e colaboradores (2002) propõem dois tipos básicos de ameaças à construção do Self: vulnerabilidade à exclusão (*Self inseguro*) e vulnerabilidade à intrusão (*Self engolfado*). Tais ameaças espelham as angústias dominantes do funcionamento borderline, segundo André Green (1990).

Vários estudos demonstram que os pacientes com BPD têm mais dificuldade do que outras patologias em aceder a representações internas dos objectos sentidas como benígnas, calorosas e apoiantes (Westen et al, 1990). Sem a possibilidade de evocar essas boas representações relacionais, torna-se mais difícil lidar eficazmente com angústias diferentes, nomeadamente as que são suscitadas na gestão da proximidade/separação relacional.

Assim, é objectivo deste estudo compreender a relação específica entre a capacidade de evocar representações relacionais e a gestão de diferentes tipos angústia nos pacientes com BPD, comparando-os com outro grupo clínico de referência (Depressão Major) e com um grupo não-clínico.

Esperamos que os resultados deste estudo possam trazer utilidade clínica à intervenção psicoterapêutica com pacientes com BPD.

Agradeço desde já a disponibilidade e a colaboração possível neste estudo através da referência de pacientes com BPD e/ ou EDMajor para participarem na resposta a um conjunto de questionários e a uma entrevista semi-estruturada numa vez única, na presença de um psicólogo, com uma duração aproximada de 30/35 minutos.

A psicóloga responsável pela investigação:

Dra. Ana Sofia Medina





Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Este estudo diz respeito a uma investigação de Doutoramento em Psicologia Clínica com o tema: “Patologia Borderline: representações relacionais e vulnerabilidade do Self”

### **Informação**

Ex.mo Sr/Sra.

Para compreendermos melhor alguns quadros de sofrimento psicológico e assim fazermos evoluir o tipo de ajuda psicoterapêutica que é prestada precisamos do seu contributo na resposta a uma entrevista e alguns questionários.

A sua participação é voluntária e a confidencialidade das respostas será garantida através da atribuição de um código numérico aos protocolos.

As respostas são anónimas e não terá acesso aos resultados individuais uma vez que eles serão analisados em conjunto com o de todos os participantes.

Poderá questionar o psicólogo investigador acerca do estudo de modo a esclarecer alguma dúvida. Poderá igualmente decidir não continuar a participar a qualquer momento e sem que isso afecte de modo algum a assistência e cuidados que está a receber.

A psicóloga responsável pela Investigação:

Dra. Ana Sofia Medina



Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

### Consentimento Informado

Li a informação sobre a investigação de Doutoramento: “Patologia Borderline: representações relacionais e vulnerabilidade do Self” e perante o exposto aceito, de forma voluntária, dar o meu contributo para o estudo que está a ser realizado.

Assinatura do paciente

Assinatura do Investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



## CADERNO DO PARTICIPANTE



Código: \_\_\_\_\_

## **CADERNO DO PARTICIPANTE:**

No âmbito de um projecto de Doutoramento em Psicologia Clínica vimos pedir a sua colaboração, respondendo aos seguintes questionários.

Os dados recolhidos são confidenciais e servirão apenas para a realização deste projecto de investigação.

A sua participação é muito importante! Pedimos-lhe que responda com o máximo de verdade e que não deixe nenhuma questão em branco.

Desde já muito obrigada pela sua colaboração!

Dra. Ana Medina

(Docente da FPUL)

**NOTA:** Não responda a estes questionários se tiver menos de 18 anos ou se a sua língua materna não for o Português!

### Dados gerais:

1- Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

2- Idade: \_\_\_\_ anos

3- Sexo: F\_\_ ou M\_\_

### Situação escolar/laboral

4- Escolaridade: \_\_\_\_\_

5- Está empregado? S\_\_ N\_\_

6- Caso tenha respondido afirmativamente, indique há quanto tempo trabalha nessa actividade/emprego \_\_\_\_\_

7- Profissão: \_\_\_\_\_

### Situação conjugal/familiar

8- Com quem vive? Sozinho (a)\_\_\_\_ Companheiro(a)\_\_\_\_ Filho(s)\_\_\_\_ Pais\_\_\_\_ Outra situação (especifique)\_\_\_\_\_

9- Tem actualmente uma relação conjugal (casamento, união de facto ou namoro)? S\_\_ N\_\_

10- Caso tenha respondido afirmativamente, indique há quanto tempo dura essa relação: \_\_\_\_\_

11- Tem filhos? S\_\_ N\_\_

12- Caso tenha respondido afirmativamente, indique quantos filhos \_\_\_\_\_

**CES-D - Versão para estudo (Fagulha & Gonçalves)**

Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira **durante a semana passada** fazendo uma cruz no quadrado correspondente. **Durante a semana passada:**

	Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)	Ocasional mente (1 ou 2 dias)	Com alguma frequência (3 ou 4 dias)	Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	1	2	3	4
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite	1	2	3	4
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos	1	2	3	4
4. Senti que valia tanto como os outros	1	2	3	4
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer	1	2	3	4
6. Senti-me deprimido	1	2	3	4
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço	1	2	3	4
8. Senti-me confiante no futuro	1	2	3	4
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	1	2	3	4
10. Senti-me com medo	1	2	3	4
11. Dormi mal	1	2	3	4
12. Senti-me feliz	1	2	3	4
13. Falei menos do que o costume	1	2	3	4
14. Senti-me sozinho	1	2	3	4
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	1	2	3	4
16. Senti prazer ou gosto na vida	1	2	3	4
17. Tive ataques de choro	1	2	3	4
18. Senti-me triste	1	2	3	4
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	1	2	3	4
20. Senti falta de energia	1	2	3	4

**SOS-(Dagnan et al, 2002)- versão experimental portuguesa (Medina, 2010)**

Por favor indique para as seguintes frases o quanto é que elas se aplicam a si, **assinalando com uma cruz o espaço correspondente**:

	Discordo Fortemente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo Fortemente
1. Estar numa relação estável ajuda-me sentir que existo	1	2	3	4	5
2. Quando estou sozinho(a) sinto necessidade de contactar alguém	1	2	3	4	5
3. Preciso de estar próximo(a) de alguém para ter uma noção de quem eu sou	1	2	3	4	5
4. Não sou nada sem determinadas pessoas que são especiais para mim	1	2	3	4	5
5. Por vezes quando estou sozinho (a) tenho a estranha sensação de não ser real	1	2	3	4	5
6. Se não tenho a atenção devida é como se não estivesse presente	1	2	3	4	5
7. Há certas pessoas que são essenciais para eu me sentir alguém	1	2	3	4	5
8. Temo muito poder estar sob o controlo de alguém	1	2	3	4	5
9. Preciso de me afastar dos outros para ter uma noção de quem eu sou	1	2	3	4	5
10. Se me prestam demasiada atenção, posso sentir que estou a ser controlado(a)	1	2	3	4	5
11. Detestaria que certas pessoas conhecessem o meu verdadeiro eu	1	2	3	4	5
12. Habitualmente desejo que as pessoas me dêem espaço para ser eu próprio(a)	1	2	3	4	5
13. Por vezes só consigo sentir que sou eu próprio(a) quando estou sozinho(a)	1	2	3	4	5
14. Posso sentir-me sufocado (a) quando estou demasiado próximo(a) de alguém	1	2	3	4	5

**EMWS-(Richter, Gilbert & McEwan, 2009)/(Matos & Pinto-Gouveia, 2010)**

Esta escala explora algumas das memórias emocionais da nossa infância. Em baixo encontra-se um conjunto de afirmações relativas a sentimentos e emoções que possa ter tido quando era criança. Por favor, leia cuidadosamente cada item e **assinale com um círculo à direita o que melhor descreve a sua experiência na infância:**

	Não, nunca	Sim, mas raramente	Sim, algumas vezes	Sim, frequente mente	Sim, a maior parte do tempo
1.Sentia-me seguro e protegido.	0	1	2	3	4
2.Sentia-se valorizado por ser tal como era.	0	1	2	3	4
3.Sentia-me compreendido.	0	1	2	3	4
4.Sentia-me aconchegado/acarinhado pelas pessoas à minha volta.	0	1	2	3	4
5.Sentia-me à vontade a partilhar os meus sentimentos e pensamentos com as pessoas à minha volta.	0	1	2	3	4
6. Sentia que as pessoas gostavam da minha companhia.	0	1	2	3	4
7.Sabia que podia contar com a empatia e compreensão das pessoas mais próximas quando me sentia infeliz.	0	1	2	3	4
8.Sentia-me calmo e em paz.	0	1	2	3	4
9.Sentia que era um membro querido da minha família.	0	1	2	3	4
10.Conseguia facilmente ser amparado/reconfortado por aqueles que me eram próximos quando estava infeliz.	0	1	2	3	4
11. Sentia-me amado.	0	1	2	3	4
12. Sentia-me à vontade para recorrer a pessoas que eram importantes para mim para pedir ajuda ou conselhos.	0	1	2	3	4
13.Sentia-me integrado no grupo de pessoas à minha volta.	0	1	2	3	4
14.Sentia-me amado mesmo quando as pessoas estavam aborrecidas com algo que eu tenha feito	0	1	2	3	4
15.Sentia-me feliz.	0	1	2	3	4
16.Sentia-me ligado aos outros.	0	1	2	3	4
17.Sabia que podia contar com aqueles que me eram próximos para me consolar quando eu estava aborrecido/perturbado.	0	1	2	3	4
18.Sentia que os outros se importavam comigo.	0	1	2	3	4
19.Tinha um sentimento de pertença.	0	1	2	3	4
20.Sabia que podia contar com a ajuda daqueles que me eram próximos quando me sentia infeliz.	0	1	2	3	4
21.Sentia-me descontraindo.	0	1	2	3	4

**SIndex-(Gould et al, 1996)- versão experimental portuguesa (Medina, 2010)**

Por favor indique para as seguintes frases o quanto é que elas se aplicam a si, **assinalando com uma cruz o espaço correspondente:**

	Discordo Fortemente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo Fortemente
1. Sinto-me uma pessoa diferente quando estou com pessoas diferentes	1	2	3	4	5
2. A minha mãe tem defeitos mas nunca duvidei do amor que sente por mim	1	2	3	4	5
3. Ser capaz de manter amizades é um dos meus pontos fortes	1	2	3	4	5
4. Os meus pais atenderam sempre às minhas necessidades	1	2	3	4	5
5. O que sinto por mim próprio(a) altera-se radicalmente	1	2	3	4	5
6. É impossível amar sempre os meus pais	1	2	3	4	5
7. É difícil conjugar as diferente partes da minha personalidade	1	2	3	4	5
8. O que sinto pela minha mãe varia de dia para dia	1	2	3	4	5
9. Os meus pais fizeram o melhor que podiam por mim	1	2	3	4	5
10. Tenho dúvidas acerca dos meus amigos mais íntimos	1	2	3	4	5
11. Por vezes não tenho a certeza de quem sou	1	2	3	4	5
12. O que sinto por mim próprio(a) é muito forte, mas pode alterar-se de um momento para o outro	1	2	3	4	5
13. As minhas amizades são quase sempre gratificantes	1	2	3	4	5
14. O que sinto por mim próprio(a) não se altera facilmente	1	2	3	4	5
15. Tenho tido muitas amizades duradouras	1	2	3	4	5
16. Por vezes o que sinto por mim próprio(a) faz com que me sinta desintegrado	1	2	3	4	5
17. Tenho uma relação sólida com a minha família	1	2	3	4	5
18. Os meus sentimentos por aqueles que estão mais próximos de mim mantêm-se constantes	1	2	3	4	5
19. Estive sempre consciente de que os meus amigos mais próximos se preocupam realmente comigo	1	2	3	4	5
20. O que penso sobre os meus amigos raramente se altera	1	2	3	4	5
21. Sinto-me quase sempre bem em relação àqueles que me são mais próximos	1	2	3	4	5
22. Tenho sentimentos extremamente contraditórios em relação à minha mãe	1	2	3	4	5
23. Fui frequentemente magoado(a) pela minha família	1	2	3	4	5
24. Quem eu sou depende de como me estou a sentir	1	2	3	4	5



**EADP-(Medina, 2010)- versão experimental**

Quando as pessoas estão em momentos de sofrimento psicológico sentem por vezes de modo muito intenso algumas angústias. Por favor, qual a intensidade com que costuma sentir cada uma.

**Quando estou em momentos de sofrimento...**

	Nada	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
1.Tenho medo de enlouquecer	1	2	3	4	5
2.Tenho medo de perder a noção de quem sou	1	2	3	4	5
3.Tenho medo de sentir um sofrimento tão grande que me destrua	1	2	3	4	5
4. Tenho medo de morrer	1	2	3	4	5
5.Tenho medo de ficar sozinho(a) sem o apoio de ninguém	1	2	3	4	5
6.Tenho medo de ficar dependente e ser controlado(a) por outra pessoa	1	2	3	4	5
7.Tenho medo de explodir e agredir alguém	1	2	3	4	5
8.Tenho medo de ser abandonado	1	2	3	4	5
9.Tenho medo de perder o afecto das pessoas que são importantes na minha vida	1	2	3	4	5
10.Tenho medo que as pessoas próximas me julguem culpado	1	2	3	4	5
11.Tenho medo de desagradar às pessoas de quem gosto	1	2	3	4	5
12.Tenho medo de não ser capaz	1	2	3	4	5

**BSL23- (Bohus, Limberger et al, 2009)- versão experimental portuguesa (Albuquerque & Medina, 2010)**

Responda assinalando a intensidade com que viveu cada situação na semana anterior. Se não sentir nada em particular neste momento, responda de acordo como *pensa ter-se sentido*. Todas as questões referem-se à semana anterior. No caso de ter tido sentimentos diferentes durante a semana, faça uma estimativa de como se sentiu na maioria das situações.

**Durante a semana anterior...**

	Nada	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
1.Foi difícil manter a concentração	1	2	3	4	5
2.Senti-me desamparado(a)	1	2	3	4	5
3. Senti-me distraído(a) e incapaz de me lembrar do que estava a fazer	1	2	3	4	5
4. Senti repulsa	1	2	3	4	5
5. Pensei em fazer mal a mim próprio(a)	1	2	3	4	5
6. Senti desconfiança em relação às outras pessoas	1	2	3	4	5
7. Senti que não tinha o direito de viver	1	2	3	4	5
8. Senti-me sozinho(a)	1	2	3	4	5
9. Senti uma tensão interior stressante	1	2	3	4	5
10. Tive visões que me assustaram bastante	1	2	3	4	5
11. Senti ódio por mim próprio(a)	1	2	3	4	5
12. Quis castigar-me a mim próprio(a)	1	2	3	4	5
13. Senti vergonha	1	2	3	4	5
14. O meu estado de humor foi alternando rapidamente entre ansiedade, raiva e depressão	1	2	3	4	5
15. Ouvi vozes e barulhos tanto dentro da minha cabeça, como vindos do exterior	1	2	3	4	5
16. Senti-me devastado(a) pelas críticas que me fizeram	1	2	3	4	5
17. Senti-me vulnerável	1	2	3	4	5
18. A ideia de morte exerceu um certo fascínio sobre mim	1	2	3	4	5
19. Tudo me pareceu sem sentido	1	2	3	4	5
20. Tive medo de perder o controlo	1	2	3	4	5
21. Senti repulsa por mim próprio(a)	1	2	3	4	5
22. Senti que estava longe de mim próprio(a)	1	2	3	4	5
23.Senti-me sem valor	1	2	3	4	5

Em seguida, gostaríamos que reflectisse sobre a **forma como se sentiu, em geral, na semana anterior**: 0% significa **completamente em baixo** e 100% significa **excelente**. Indique a percentagem que se encontra mais próxima da sua experiência na semana anterior:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
(muito mal)										(excelente)

### BSL-Suplemento: Avaliação de comportamento

**Durante a semana anterior...**

	Nunca	1 vez	2-3 vezes	4-6 vezes	Diariamente ou mais
1. Magoei-me a mim próprio(a): cortando-me, queimando-me, batendo com a cabeça, etc.	1	2	3	4	5
2. Disse a outras pessoas que me ia matar	1	2	3	4	5
3. Tentei suicidar-me	1	2	3	4	5
4. Comi compulsivamente	1	2	3	4	5
5. Provoquei deliberadamente o vómito	1	2	3	4	5
6. Tive comportamentos de risco, como conduzir a alta velocidade, estar à beira de um precipício...	1	2	3	4	5
7. Embriaguei-me	1	2	3	4	5
8. Consumi drogas	1	2	3	4	5
9. Tomei medicação que não me foi prescrita, ou se prescrita, tomei em doses superiores à recomendada	1	2	3	4	5
10. Tive acessos de raiva incontrolável ou agredi fisicamente outras pessoas	1	2	3	4	5
11. Tive relações sexuais que não consegui controlar e face às quais me senti envergonhado(a) ou zangado(a) comigo próprio(a)	1	2	3	4	5

**Muito obrigada pela sua colaboração!**



## CADERNO DO INVESTIGADOR



Código: \_\_\_\_\_

**CADERNO DO INVESTIGADOR:**

Código: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Investigador: \_\_\_\_\_

Situação clínica:

1- Frequenta consultas de psiquiatria\_\_\_\_ /psicologia\_\_\_\_ há quanto tempo?\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

2- Esteve internado(a)? S\_\_\_\_ N\_\_\_\_ Número de internamentos\_\_\_\_

3- Frequenta Hospital de Dia? S\_\_\_\_ N\_\_\_\_

4-Tem consumo de substâncias? S (activo)\_\_\_\_; S, mas não actualmente\_\_\_\_; N\_\_\_\_ Quais?\_\_\_\_\_

5- Toma alguma medicação psiquiátrica? S\_\_\_\_ N\_\_\_\_

**MSI- BPD –(Zanarini et al, 2003)- versão experimental portuguesa (Albuquerque & Medina, 2010)**

	Sim	Não
1.Alguma das suas relações mais íntimas foi perturbada por uma série de discussões ou sucessivas roturas?		
2.Magoou-se a si próprio(a) deliberadamente? (por ex: bater em si próprio, cortar-se, queimar-se?). Fez alguma tentativa de suicídio?		
3.Teve pelo menos dois outros problemas relacionados com impulsividade? (ex: compulsão alimentar, despesas excessivas, consumo exagerado de álcool, ou proferir insultos/asneiras de forma descontrolada)?		
4.Sentiu-se extremamente mal-humorado(a)?		
5.Sentiu-se zangado(a) a maior parte do tempo? Deu por si irritado(a) ou a agir de forma sarcástica?		
6.Sentiu-se frequentemente desconfiado(a) de outras pessoas?		
7.Experimentou frequentemente a sensação de não ser real, ou de as coisas à sua volta não serem reais?		
8.Sentiu um vazio permanente?		
9.Sentiu-se frequentemente como se não soubesse quem era ou como não tendo identidade?		
10.Realizou esforços desesperados para evitar sentir-se abandonado (por ex: chamar repetidamente por alguém para se assegurar de que essa pessoa se interessa por si, implorou a alguém para não o deixar, agarrou-se fisicamente a alguém)?		

**(EV): Conte-me um episódio da sua infância que envolva a pessoa que cuidou de si.**

**(Quem era essa pessoa: Mãe\_\_Pai\_\_Avó\_\_Ama\_\_Outra/quem?\_\_\_\_\_)**



⇒ : IR DIRECTAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR À SECÇÃO SEGUINTE

## A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo durante o dia e quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo o tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 <u>OU</u> A2 SÃO COTADAS SIM?		→ NÃO	SIM	

### A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de $\pm$ 5% ao longo do mês, isto é, $\pm$ 3,5 Kg, para uma pessoa de 65Kg)<br>COTAR SIM, SE SIM NUM OUTRO CASO | NÃO |     | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em adormecer, acordar a meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?  | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente que o habitual ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se quase todo tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si próprio(a)?   | NÃO | SIM | 9 |

### A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM A3? (ou 4 se A1 OU A2 = “NÃO”)

SE O DOENTE APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR ACTUAL:

NÃO      SIM  
  
**EPISÓDIO  
DEPRESSIVO MAJOR  
ACTUAL**

- |    |   |   |          |     |    |
|----|---|---|----------|-----|----|
| A5 | a | Ao longo da sua vida teve outros períodos de duas semanas ou mais, durante os quais se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas de que falámos? | →<br>NÃO | SIM | 10 |
|    | b | Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há, pelo menos, dois meses?  | NÃO      | SIM | 11 |

### A5b É COTADA SIM?

NÃO      SIM  
  
**EPISÓDIO DEPRESSIVO  
MAJOR PASSADO**

⇒ : IR DIRECTAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR À SECÇÃO SEGUINTE

**A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opção)**  
SE O DOENTE APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR ACTUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6	a	<b>A2</b> É COTADA <b>SIM</b>	NÃO	SIM	12
	b	Ao longo deste último período, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
		SE <b>NÃO</b> : Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
		<b>A6a</b> <u>OU</u> <b>A6b</b> SÃO COTADAS <b>SIM</b>	→ NÃO	SIM	

**Ao longo das últimas semanas quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:**

A7	a	Os sentimentos depressivos eram diferentes dos que se podem sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
	b	Durante todo dia, sentia-se, em geral, pior de manhã, quase todos os dias?	NÃO	SIM	15
	c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a adormecer quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
	d	<b>A3c</b> É COTADO <b>SIM</b> ?	NÃO	SIM	17
	e	<b>A3a</b> É COTADO <b>SIM</b> (ANOREXIA OU PERDA DE PESO)?	NÃO	SIM	18
	f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou com uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM A7?

NÃO      SIM

**EPISÓDIO  
DEPRESSIVO MAJOR  
com Características  
Melancólicas  
ACTUAL**